

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNÉE 1989

No 13

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ABCES  
AMIBIENS DU FOIE A BAMAKO**

**(A propos de 10 cas)**

**Traitement Court par le Tinidazole.**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le \_\_\_\_\_ devant l'Ecole Nationale de Médecine  
et de Pharmacie du Mali

**Par :**

**Adama Diaman KEITA**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)



**EXAMINATEURS**

**PRESIDENT :** Professeur Abdel Karim KOUMARE

Docteur Ogobera DOUMBO

**JUGES** Docteur Hamar Alessane TRAORE

Professeur Eric PICHARD

**Directeur de Thèse :** Professeur Eric PICHARD

LISTE DES PROFESSEURS

# ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

**ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989**

Professeur Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Hama B. TRAORE	Econome

## D.E.R. DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

### **1 - PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de DER Chirurgie Générale Médecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophthalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie, Secourisme
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie

### **2 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, soins infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophthalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TRUSCHELL	Chirurgie

### 3 - ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

## D.E.R. DE MEDECINE ET DE SPECIALITES MEDICALES

### 1 - PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R. Pneumo-Phtisiologie
Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoun DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine Interne

### 2 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Sanoussi NANAKASSE	Dermatologie-léprologie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Interne

### 3 - ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Somita M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie

### 4 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie

### 5 - MAITRE ASSISTANT

Docteur Hama CISSE	Chimie Générale
--------------------	-----------------

## **6 - ASSISTANTS**

Docteur Flabou BOUGOUDOGO	T.P. Microbiologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP	T.P. Anatomie

## **7 - CHARGE DE COURS**

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
------------------------	----------------------

## **D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1 - PROFESSEUR AGREGÉ**

Professeur Boubacar CISSE	Chef de D.E.R. Toxicologie
---------------------------	----------------------------

### **2 - MAITRES ASSISTANTS**

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législation et Gestion Pharmaceutique
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Harouna KEITA	Matière Médicale
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion

### **3 - DOCTEUR 3ème CYCLE**

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU	Pharmacie Galénique
---------------------------------	---------------------

### **4 - ASSISTANT**

Docteur Drissa DIALLO	Matière Médicale
-----------------------	------------------

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1 - PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Chef de D.E.R. Santé Publique
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de Conférence en Santé Publique

### 2 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé publique
Docteur SOULA	Santé Publique

### 3 - CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	Hygiène du milieu (Ingénieur Sanitaire)
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu (Ingénieur Sanitaire)

## PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur Humbert GIONO-BARBER	Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Professeur François MIRANDA	Biochimie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT	Pharmacie Gélénique
Docteur Alain LAURENS	Chimie
Docteur François ROUX	Biophysique
Monsieur El Hadj Makter WADE	Bibliographie
Professeur Pierre Jean REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER	Anatomie-Physiologie Humaine

**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**



## JE DEDIE CETTE THESE

A ma mère

Feue GOUNDO DANSIRA,

Prématurément arrachée à notre amour filial au matin même de mes études primaires.

Ce travail est le fruit d'énormes sacrifices que tu as consentis au sein de la cellule familiale. Tu resteras pour nous une mère exemplaire dont on est fier.

Fasse le ciel que l'éternel puisse t'admettre parmi ses élus , Amen.

A mon père

DIAMAN KEITA

Tu as su nous donner une éducation exemplaire basée sur les principes fondamentaux qui font la vertue de notre société (bravoure, courage dans le travail, honneur...)

Ce travail est le résultat des sacrifices consentis tout au long de mes études. Nous en serons reconnaissants.

A ma Grand-mère

A qui je dois tout, elle a su jouer sans faille le rôle de mère pour nous ; brave, infatigable elle s'est toujours prêtée à nos caprices. Qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mon Oncle : le Docteur SOMITA KEITA et,

A ma Tante : OUMOU SISSOKO,

Vous avez su guider mes pas tout au long de mes études. Votre soutien moral et matériel m'a été indispensable pour aboutir à ce résultat.

Le courage, le sens de l'honneur et l'esprit d'abnégation font de vous un modèle à suivre. Cette thèse est le fruit des efforts déployés pour notre réussite. C'est l'occasion pour moi de vous en remercier et de vous renouveler tout mon attachement et ma reconnaissance.

A mon Oncle MAMADOU N. KEITA et

A ma Tante DADO BASS

Votre soutien moral et matériel m'a été indispensable pour l'accomplissement de ce travail.

Trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A mes Frères et Sœurs,

A tous mes Cousins,

En témoignage de mon affection fraternelle.

A mes Tantes

NAMANI SOUKO

SIRA SOUKO,

Avec mes sentiments les plus affectueux.

A tout le Village de FARENA

A toute la Contrée du BAGUE et à tous ses ressortissants à Bamako

Tout mon attachement.

A mon Ami MAMADOU M. KEITA,

En souvenir de nos longues années laborieuses.

A la Famille de MAKAN KEITA au Quartier-Mali.

A mes Tantes

BINTA SOUKO

BACORO NOMOKO

MAIMOUNA TOURE,

En témoignage de ma vive reconnaissance.

A la Famille de BOURAMA KAMISSOKO

Pour ta disponibilité constante et ton esprit de justice. Tes conseils ont été précieux pour nous ;

Trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Aux Docteurs

BOUGARY M. TRAORE

Lt. MAMADOU D. TOURE

Vous restez un modèle pour tous les élèves de Kourounikoto.

Trouvez ici l'expression de mon admiration pour vous.

A la Famille de YACOUBA DOUMBIA

Votre qualité de chercheur et votre sens du travail bien fait font de vous un modèle à suivre.

A la Famille de SOUNGALO COULIBALY

A la Famille de FOUSSEYNI DIAKITE

A la Famille du Docteur Commandant ADAMA COULIBALY

A la Famille de BIRAMA TRAORE

A la Famille de NOUMORY COULIBALY

A la Famille de LASSANA KEITA

Ce travail est le vôtre, soyez en fier.

A DRAMANE TRAORE "IN MEMORIAM" , que la terre te soit légère.

A Tous mes Amis (es) et Camarades

Que j'évite de citer par peur d'en oublier.

Soyez tous assurés de mon attachement aux valeurs fondamentales des relations humaines.

A Tous mes Collègues d'Internat 1988 - 1989

Pour les heures de labeur passées ensemble. Toute mon amitié.

A Mon Amie GILBERTE CHOLLET (ANGERS - FRANCE)

Ton aide morale et matérielle m'a été indispensable tout au long de ma carrière étudiante. Tes conseils ont été un reconfort moral pour moi. J'ai trouvé en toi une amitié sincère et j'espère vivement ne pas te décevoir.

Accepte ici l'expression de ma vive reconnaissance.

Au Major AMADOU COULIBALY.

A tout le Personnel de la Médecine C.

- RAMATA
- MADELEINE
- AMI
- KANTA
- BATOMA

La franche collaboration dont vous avez fait preuve à notre égard tout au long de notre séjour a été à la base de notre réussite; ce travail est le résultat de tout le sérieux que vous ne cessez de manifester pour le travail bien fait.

J'espère garder le meilleur souvenir de ce service où chaque jour il y a tant à faire et surtout tant à apprendre.

Acceptez toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

Aux Majors

- CHEICK SYLLA
- MAMADOU TOGO
- KOUMBA TRAORE

A tout le Personnel de la Médecine Interne

Profonde reconnaissance

Au PROFESSEUR ALY NOUHOUN DIALLO

Maître de Conférence Agrégé

Chef de Service des Médecines A et B

Professeur à l'Ecole de Médecine

Nous avons toujours admiré votre grande compétence, votre simplicité et votre disponibilité constante auprès des étudiants et des malades.

J'ai toujours apprécié votre expérience clinique dans un service où il y a chaque jour tant à faire et surtout chaque jour tant à apprendre. J'atteste aussi qu'auprès de vous on n'apprend pas que de la Médecine ; votre morale, votre intégrité m'ont toujours fasciné.

Vous constituez pour nous un modèle de conscience professionnelle. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

AU DOCTEUR MAMADOU DEMBELE SPECIALISTE D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE  
Simplicité, disponibilité, amabilité et compétence..., voilà quelques unes de vos qualités qui vous sont unanimement reconnues. Mon séjour auprès de vous a été riche en enseignements. Sous votre impulsion j'ai appris l'endoscopie digestive basse et l'échographie.

Trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A tout le Corps Professoral de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie  
A tous les Etudiants de l'Ecole de Médecine  
A toute la Promotion 1983 - 1989  
A toute la Direction de l'Ecole Nationale de Médecine  
A tout ceux qui de loin ou de près ont contribué à la réussite de ce travail  
Profonde gratitude.

A tout le Personnel du Laboratoire BERNARD DUFLO  
Toute ma sincère reconnaissance.

A mon Aîné le DOCTEUR BOUBACAR KEBA MAIGA,  
Pour m'avoir initié à l'endoscopie digestive basse, toute ma reconnaissance.

Au PROFESSEUR PIERE PENE (MARSEILLE)  
Nous connaissons votre attachement à l'Ecole de Médecine de Bamako dont vous êtes un des pères fondateurs.  
Que cette thèse témoigne, en retour, de l'attachement des générations d'étudiants à votre personne

Au PROFESSEUR QUILICI  
Nos remerciements pour votre aide matérielle dans la réalisation de ce travail et le soutien que vous apportez au Laboratoire de l'Ecole de Médecine.

AU LABORATOIRE PFIZER et à son Représentant BREHIMA TRAORE  
Votre aide fut indispensable à la bonne réalisation de ce travail. Nous vous en sommes reconnaissants.

## **AUX MEMBRES DE MON JURY**

**AU PRESIDENT DU JURY**

**LE PROFESSEUR ABDEL KARIM KOUMARE**

Agrégé d'Anatomie et de Chirurgie

Chef de Service de la Chirurgie B

Professeur à l'Ecole de Médecine

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury.

Votre dévouement et votre souci de parfaire la formation de vos étudiants ont forcé notre admiration pour vous.

Au cours de nos études nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement.

Permettez-nous de vous adresser l'expression de notre vive reconnaissance.

**AU DOCTEUR OGOBARA DOUMBO**

Chef de Clinique Assistant en Parasitologie et en Immunologie.

La simplicité, la disponibilité et l'esprit scientifique qui sont quelques unes de vos qualités nous ont fasciné tout au long de nos études.

Pour avoir accepté de siéger à ce jury, nous vous prions d'accepter l'expression de notre profonde et sincère reconnaissance.

**AU DOCTEUR HAMAR ALASSANE TRAORE**

Chef de Clinique Assistant en Médecine Interne, Spécialiste d'Echographie Abdominale à l'Hôpital du Point "G".

Votre sens clinique, votre courage et surtout votre dévouement à la formation des étudiants sont reconnus de tous. Grâce à votre encadrement j'ai appris l'endoscopie digestive basse et l'échographie. Le temps passé auprès de vous a été riche en enseignements.

Trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

**A NOTRE DIRECTEUR DE THESE LE PROFESSEUR ERIC PICHARD**

Agrégé de Pathologie Tropicale

Chef de Service de Médecine C D. Professeur à l'Ecole de Médecine.

Vous m'avez confié la réalisation de ce travail et avez bien voulu me guider constamment par vos conseils.

J'ai toujours apprécié votre expérience clinique, votre disponibilité constante et votre esprit de chercheur et de formateur. Votre aide nous fut irremplaçable.

Je souhaite très sincèrement ne pas vous décevoir et mériter votre confiance.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

## SOMMAIRE

<u>CHAPITRE I</u>	<u>PAGES</u>
Introduction.....	2
 <u>CHAPITRE II</u>	
<b>Rappel sur l'Amibiase Hépatique</b> .....	5
1 - Définition.....	5
2 - Agent Pathogène.....	5
3 - Epidémiologie.....	5
4 - Physiopathologie.....	8
5 - Anatomie-Pathologique.....	10
6 - Diagnostic.....	12
a) Diagnostic Positif.....	12
- Clinique.....	12
- Biologie.....	14
- Tests Thérapeutiques.....	14
- Radiologie Classique.....	14
* Radioscopie.....	14
* Radiographie Pulmonaire.....	15
- Imagerie Médicale Moderne.....	15
* Tomodensitométrie (Scanner).....	15
* Echographie.....	15
b) Diagnostic Différentiel.....	16
7- Thérapeutiques Actuelles.....	16
- Médicales.....	17
- Chirurgicales.....	19
- Médico-Chirurgicales.....	19
 <u>CHAPITRE III</u>	
<b>Aspects des Abscès Amibiens du Foie à Bamako</b> .....	23
1 - Patients étudiés et méthodes.....	24
2 - Résultats.....	26
a) Présentation de nos observations.....	26
b) Caractères épidémiologiques généraux.....	51
c) Caractères cliniques.....	51
d) Caractères biologiques et immunologiques.....	52
e) Aspects échographiques et radiologiques.....	53
f) Thérapeutique.....	53
g) Caractères évolutifs.....	54

**CHAPITRE IV**

**Discussion..... 55**

**CHAPITRE V**

**Conclusion..... 67**

**Résumé..... 69**

**Annexe (Fiche d'enquête)..... 70**

**Bibliographie..... 75**

CHAPITRE I

INTRODUCTION



L'amibiase est, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), "l'état dans lequel l'organisme humain héberge Entamoeba histolytica avec ou sans manifestations cliniques (76). Il faut cependant distinguer l'amibiase infestation de l'amibiase maladie.

La première se caractérise simplement par la présence dans l'intestin des formes "minuta" saprophytes et par l'émission de kystes dans les selles.

La seconde comporte l'envahissement des tissus par les formes "histolytica" hématophages : lorsqu'elles pénètrent dans la profondeur de la muqueuse intestinale c'est l'amibiase intestinale aiguë; lorsqu'elle gagnent le foie, c'est l'amibiase hépatique.

L'abcès amibien du foie, localisation extra intestinale la plus fréquente est toujours d'actualité sous les tropiques. Il y est convenu, sans grand coefficient d'erreur, de tenir pour amibiennes les collections intrahépatiques amicrobiennes, surtout si leur contenu est de couleur chocolat et/ou inodore (102).

L'amibiase est une parasitose cosmopolite et l'OMS estime à 10%, la population mondiale atteinte(76). Actuellement l'amibiase hépatique se rencontre de plus en plus en Europe et des cas d'abcès amibiens du foie autochtones y sont décrits.

Les abcès amibiens du foie font l'objet de très nombreux travaux de recherche dans presque tous les pays du monde, notamment en Asie, en Afrique et en Europe.

Dans notre pays, le Mali, malgré l'avènement de l'immunologie, l'utilisation en traitement court des nitro-imidazolés et surtout l'acquisition récente d'échographes, très peu de travaux sont réalisés au sujet des abcès amibiens du foie ; c'est la raison pour laquelle il nous paraît intéressant de consacrer notre sujet de thèse à l'étude des abcès amibiens du foie, à ses aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Ce travail repose surtout sur les examens immunologiques, l'échographie et le traitement court par le tinidazole.

La ville de Bamako est le cadre de réalisation de ce travail. Nous rapportons des observations des hôpitaux du POINT "G", de GABRIEL TOURE et de Kati. Notre choix se justifie par le fait que c'est dans ces hôpitaux qu'on dispose d'échographes, et que c'est à Bamako que les techniques d'immunologie sont disponibles, même si notre étude n'utilise que la technique de l'hémagglutination.

Nous réalisons ce travail en collaboration avec le Laboratoire BERNARD DUFLO de l'Ecole de Médecine, le Service de Médecine Interne du POINT "G" et surtout avec son équipe d'échographie.

Les 10 observations sont colligées durant 15 mois, de Septembre 1988 à Décembre 1989.

Ce travail connaît des limites, liées aux faits suivants :

- On ne s'intéresse ici qu'aux abcès amibiens du foie prouvés par un faisceau d'arguments qu'il y ait ou non d'autres localisations et ceci chez l'adulte.

- Les abcès amibiens traités autrement que par le tinidazole sont recusés.

- La technique d'hémagglutination est le seul test immunologique utilisé.

Dans cette thèse nous nous proposons de faire un rappel sur l'amibiase hépatique ; nous décrivons nos observations tout en insistant sur l'apport de l'immunologie ; du traitement court par le tinidazole et de l'échographie, puis nous ouvrons une discussion afin de comparer nos résultats à ceux de la littérature avant de conclure par quelques recommandations concernant la conduite actuelle à tenir et par les perspectives d'avenir concernant l'amibiase hépatique.

CHAPITRE II

RAPPEL SUR L'AMIBIASE  
HEPATIQUE.

## RAPPEL SUR L'AMIBIASE HEPATIQUE

### 1 - DEFINITION

L'amibiase hépatique se définit par l'embolisation d'Entamoeba histolytica dans le foie par voie porte. Ces embolies créent des microlésions disséminées à partir desquelles va se produire une nécrose focale dont l'extension réalise l'amibiase hépatique collectée, l'abcès amibien du foie (6). L'amibiase hépatique est toujours secondaire à une amibiase intestinale, mais le délai d'apparition entre les manifestations intestinales et l'atteinte hépatique est variable : de 10 jours à 30 ans (6).

### 2 - AGENT PATHOGENE

Le germe responsable de l'amibiase hépatique est Entamoeba histolytica histolytica. Il présente deux aspects morphologiques :

- La forme végétative appelée Trophozoïte est mobile
- La forme kystique est immobile.

E. histolytica histolytica est de grande taille (20 à 60 microns) elle est hématophage, son cytoplasme contient des hématies, caractère morphologique essentiel de l'expression de sa pathogénicité. (voir fig. : 1)

### 3 - EPIDEMIOLOGIE

#### a - Fréquence et répartition géographique

De grandes séries sont rapportées sur l'amibiase hépatique par divers auteurs, les statistiques varient selon les continents et les pays. L'amibiase est une maladie cosmopolite, mais tous les auteurs sont unanimes pour signaler la haute fréquence dans les zones tropicales. D'après ARMENGAUD, l'amibiase se répartit comme suit (4) (tableau 1).

REGION	PREVALENCE DE L'AMIBIASE INFESTATION	PREVALENCE DE L'AMIBIASE MALADIE	POURCENTAGE DES AMIBIASES HEPATIQUES
ASIE	13 - 43%	14%	25%
AFRIQUE	15 - 40%	2%	5%
AMERIQUE LATINE	10 - 40%	1%	1%
EUROPE	0 - 20%	0,1%	1%

**Tableau 1 :** Répartition de la prévalence de l'amibiase à travers les continents selon ARMENGAUD.

C'est en Asie que le taux de morbidité est le plus élevé atteignant 14% dans les zones deltaïques de l'Inde et de l'Asie du Sud-Est, c'est là également que s'observe le plus d'amibiase hépatique : 25% (4). L'amibiase maladie sévit selon DESCHIENS entre les isothermes 25°C de Juillet et 25°C de Janvier (30).

RAMACHANDRAN décrit 100 cas d'abcès amibiens du foie à Ceylan (85), KAPOOR en décrit 56 cas de formes multiples en Inde (52). Au Pakistan IFTIKHAR rapporte 30 cas en 1973 (50). Au Bangladesh c'est la série de QUADERI qui est signalée (83) ; à la même période ISLAM et HASSAN décrivent 31 cas d'abcès amibiens du foie (51). En Thaïlande 10 cas d'abcès amibiens sont rapportés par DANAI (28). Déjà en 1968 HARINASUTA collige 764 cas d'abcès amibiens du foie dans ce pays (48).

En Amérique Latine la fréquence de l'amibiase hépatique nous est peu connue, toutefois l'étude de WALSH révèle qu'à Mexico 15% des diarrhées chez les enfants sont dues à *E. histolytica* avec 20 à 30.000 décès par an (105).

En Europe et en Amérique du Nord l'amibiase hépatique est rare, mais on assiste de plus en plus à l'éclosion des cas d'abcès amibiens du foie dits autochtones : LAPIERRE et Coll trouvent 6,5% de cas dans une série de 86 cas d'abcès amibiens observés à Paris (55). Ils signalent dans une autre série 1 cas d'amibiase hépatique suraigüe autochtone (56).

Signalons tout de même que la plupart des cas rencontrés dans ce continent sont des cas importés, ces patients ayant un antécédent de séjour en zones d'endémie amibienne, surtout en Afrique. Dans la série de LAPIERRE 95% des patients contractent leur affection Outre-Mer avec une prédominance africaine (56% des patients) (55). Parmi les observations de LAVERDANT, 144 patients contractent l'amibiase en zones intertropicales dont 97 cas en Afrique. Dans cette série 8 cas sont considérés comme autochtones (59).

En Afrique, de grands travaux sont également consacrés à l'amibiase hépatique. La fréquence de l'abcès amibien du foie varie d'une région à l'autre. L'Afrique du Nord semble enregistrer peu de cas, cependant en 1960 FELIX étudie 100 cas en Algérie (35). L'Afrique Noire semble plus touchée, surtout dans les pays à climat chaud et humide. En fait chaque région a ses particularités.

Au Cameroun CHAMPAULT rapporte une série de 396 cas à Douala (18), tandis qu'à Yaoundé CAPDEVIELLE collige 23 cas dans l'année 1981 - 1982 (15).

A Brazzaville les statistiques sanitaires placent l'amibiase au sixième rang des maladies infectieuses et parasitaires, la prévalence de l'amibiase hépatique est de 5%. Son incidence à l'hôpital Général de Brazzaville se situe entre 1,5 et 3%. Dans le premier semestre de 1982 27 cas d'abcès amibiens du foie sont colligés dans les services de Médecine Interne (70).

Au Burundi, la thèse de NGAMIYE décrit 60 observations (71). LAROCHE observe en 16 mois 27 cas d'abcès amibiens du foie (57). Selon cette même étude la fréquence hospitalière annuelle est de 1,3% en 1985.

Dans notre Sous-région de l'Afrique Occidentale c'est surtout à Dakar et à Abidjan que les séries sont longues.

A Dakar on peut citer les 600 cas de SANKALE observés en 14 ans (91). Selon PENE l'abcès amibien représente plus de la moitié des suppurations du foie à Dakar : dans une série de 44 abcès du foie 37 sont d'origine amibienne (79).

Lors des 11èmes journées Franco-Sénégalaises de gastro-entérologie tenues en Novembre 1983 à Dakar 33 cas d'abcès amibiens du foie sont rapportés par CHERBONNEL (21). On peut citer aussi les 29 cas d'abcès du foie en majorité d'origine amibienne rapportés dans la thèse de UDIMBA (102).

A Abidjan on cite la série des 161 observations de CONDAT (24) de même que les 75 cas d'amibiase hépatique colligés par le même auteur à Treichville (25).

Au Togo, de 1975 à 1980 AGBETRA rapporte une série de 54 cas chez l'adulte, selon lui 90,75% des suppurations hépatiques sont d'origine amibienne (1).

Au Ghana, c'est surtout les 152 cas de ARCHAMPONG qui attirent notre attention (3).

Dans les autres pays quelques travaux non moins importants sont également faits au sujet de cette affection.

Au Mali on cite la thèse de Hamar (47) et celle de DOUMBO (33) rapportant respectivement 26 cas en 2 ans et 39 cas en 1979. DUFLO et DIALLO décrivent 10 cas d'abcès amibiens du foie en 1982 à Bamako (34). En 1983 on ne signale que 5 cas dans le Service de Médecine Interne du POINT "G" (32).

La fréquence de l'amibiase hépatique est en baisse ; celle ci peut s'expliquer par :

- L'amélioration des conditions d'hygiène et de l'habitat, et l'élévation relative du niveau de vie. Pour exemple en 20 ans CARAYON collige 124 cas à l'Hôpital Principal de Dakar où sont hospitalisés les patients aisés sur le plan socio-économique contre 223 cas enregistrés en 10 ans par SANKALE à l'Hôpital LE DANTEC (90).

- L'efficacité des 5-nitroimidazolés et leur usage constant, tant dans les syndromes dysentériques que dans les affections uro-gynécologiques à trichomonos.

#### **b - Age:**

L'amibiase hépatique est une affection particulièrement fréquente chez l'adulte. Le maximum des cas se situe entre 25 et 50 ans (98) ; mais l'affection n'épargne pas l'enfant.

BAELHER - DREYER observe 7 cas dans une série de 89 enfants amibiens (7). Dans la thèse de HAMAR à Bamako l'âge des patients varie de 11 à 62 ans sans prédominance particulière pour telle ou telle tranche d'âge (47).

### c - Sexe:

La prédominance masculine est classique, selon les auteurs

22 hommes pour 4 femmes (47)

9 hommes pour 1 femme (34)

22 hommes pour 1 femme (62)

139 hommes pour 12 femmes (24)

4 à 7 hommes pour une femme (84).

Parmi les 220 sujets suspectés d'amibiase hépatique par DOUMBO, les 2/3 sont des hommes (33).

Cette prédominance masculine pour l'amibiase hépatique est de règle comme le montre la plupart de ces auteurs.

L'activité hormonale et la consommation d'alcool chez l'homme semblent expliquer la prédominance masculine (75).

## 4 - PHYSIOPATHOLOGIE.

Tous les auteurs sont d'accord avec ROGERS pour admettre que l'amibiase hépatique est toujours secondaire à la localisation colique d'Entamoeba histolytica, que celle-ci soit cliniquement parlante ou non. BERTRAND et FONTAN, ainsi que GAIDE, comme le rappelle DESCHIENS, estiment même que certaines atteintes d'amibiase sont révélées par l'écllosion de l'hépatite amibienne (56). On retrouve des antécédents dysentériques chez : 30 à 35% des cas de SANKALE(91) ; 36% pour CONDAT(25), 82% des cas pour LEVY (62), et 5 à 14% pour NUSSAUME (74).

Une souche potentiellement pathogène colonise d'abord le côlon puis, d'autres facteurs interviennent dans le développement de l'agression parasitaire :

- Facteurs liés à l'hôte ;
- L'environnement microbien ;
- Aspects liés à la virulence du parasite (6).

Facteurs liés à l'hôte : Ils sont locaux : association avec d'autres germes pathogènes, irritation de la muqueuse intestinale. Ils sont aussi généraux : malnutrition et carences protéiques, fatigues physique et psychique, immunodépression.

Environnement microbien : Des expériences d'inoculation à l'animal de souches d'amibes sont réalisées pour établir le rôle des bactéries dans la pathogénicité de l'amibe (64). Il apparaît que l'association des bactéries n'est pas indispensable à l'invasion tissulaire, mais qu'elle peut favoriser la colonisation de l'intestin en abaissant le potentiel oxido-réducteur du côlon, en facilitant l'adhésion du parasite aux cellules intestinales et en augmentant l'activité métabolique de l'amibe (86).

**Virulence de *E. histolytica*** : L'adhésion à la muqueuse intestinale est le temps essentiel de l'expression de la pathogénicité de l'amibe (Fig.2). Ensuite c'est la lyse puis la phagocytose de la cellule cible. Un certain nombre de conditions paraissent nécessaires à tout ce mécanisme. Il s'agit surtout de la présence d'une activité enzymatique de l'amibe, la phospholipase A (63).

Chez l'animal après l'inoculation intracœcale et intrahépatique, il est démontré que les polynucléaires interviennent dans la destruction cellulaire et tissulaire (64). Les polynucléaires sont également responsables de la formation de l'abcès intestinal et hépatique, cela par l'intermédiaire d'enzymes libérées après destruction de leucocytes par les amibes virulentes (45).

De proche en proche la nécrose peut gagner la sous-muqueuse, léser les vaisseaux et les amibes sont embolisées dans le courant sanguin portal (Fig.3), essentiellement vers le foie (6). Le passage dans le sang et la résistance au pouvoir lytique du sérum et du complément étant le fait de souches d'amibes plus virulentes (88).

Au total le pouvoir pathogène de l'amibe est complexe, il fait l'objet de nombreux travaux parfois contradictoires, et présente encore beaucoup d'inconnus (6).

Beaucoup d'auteurs se posent la question de l'existence d'amibe à tropisme hépatique et d'amibe non hépatotrope ; de même certains auteurs évoquent l'alcoolisme comme facteur favorisant la survenue de l'abcès amibien du foie. Ils considèrent l'éthylisme comme un facteur épidémiologique déterminant pouvant expliquer la fréquence de l'amibiase hépatique chez les chrétiens, les non musulmans et les musulmans non pratiquants (62 ; 74 ; 97).

Toutefois l'amibe hématophage, après avoir gagné le foie, produit une nécrose de contact. Ainsi sont constitués des îlots d'hépatonécrose ; c'est "l'état nécrotique primaire" de PALMER ou la "granulation primaire" de GRALL. Cette lésion en fait n'est jamais retrouvée à l'état isolé au niveau du foie. Selon le terrain et la virulence de l'amibe, ces lésions initiales peuvent confluer en une collection appelée abcès amibien du foie. Il semble être une nécrose extensive plus que d'un abcès le pus est "chocolat", amicrobien.

La biopsie de la berge de l'abcès ou l'écouvillonnage de la paroi du foyer en peropératoire confirme parfois l'étiologie amibienne : 20 fois dans la série de SERAFINO (93) et 2 fois dans la série de CONDAT (25). Un prélèvement soigneux de pus fait tôt révèle souvent des amibes. L'examen parasitologique des selles lors de l'abcès ne retrouve l'amibe ou son kyste que chez 10% des malades (74 ; 91). Ce pourcentage est nul dans la série de CONDAT (25).

Un phénomène d'exsudation semble exister et intervient au tant, si non plus, que la nécrose hépatique dans la formation de l'abcès selon



SANKALE (92). Selon LAPIERRE l'extension de la caverne est due à l'apparition d'autres foyers nécrotiques qui se réunissent à elle (56).

### 5 - ANATOMIE PATHOLOGIE:

Il est rare de trouver des documents histologiques de l'amibiase hépatique au début. Les descriptions concernent surtout les formes évoluées, graves et tardives. Nous utilisons pour notre description l'étude de 44 cas réalisée par QUENUM à Dakar (79) et le seul cas d'amibiase hépatique suraiguë autochtone rapporté par LAPIERRE (56).

#### - L'étude de QUENUM : (79)

##### Aspects macroscopiques :

- le nombre d'abcès est variable :

abcès unique : 54,5%

abcès doubles, multilobés ou intercommuniquants : 9,2%

abcès multiples : 29% (jusqu'à 28 foyers au niveau du même

foie)

suppuration d'aspect phlegmoneux 6,3%

- le siège de l'abcès

lobe droit seul 47,7%

lobe gauche seul 4,5%

lobe de Spiegel 2,2%

deux lobes 45,4%

L'abcès unique siège souvent sur la convexité, déborde sur les faces antérieure et postérieure avec des adhérences au diaphragme. La face inférieure est touchée avec une fréquence moindre. L'abcès profond, sans modification externe de la glande, est rare. Les abcès multiples ont tendances à se répartir dans la région sous-capsulaire de la convexité.

- le volume de l'abcès est très variable :

taille d'une orange à celle d'une tête d'enfant : 56,8%

taille d'une clémentine à celle d'une grosse noix : 32%

petits abcès, parfois miliaires ou infiltration phlegmoneuse

11,2%

- aspect du pus

pus chocolat classique : 36,3%

pus verdâtre : 11,3%

aspect se rapprochant du pus vrai, du blanc grisâtre au blanc jaunâtre : 52%.

Dans tous les cas le contenu est très épais, il est mélangé à des débris nécrotiques.

- paroi de l'abcès : elle est formée de parenchyme hépatique congestif plus ou moins infiltré de foyers de nécrose non collectés avec anfractuosités et nombreux récessus.

Des débris membraneux ou des séquestres plus ou moins rattachés à la paroi cloisonnent souvent la cavité principale.

Aspects microscopiques :

Dans l'ensemble la nécrose se caractérise par la discrétion des éléments inflammatoires et par l'absence de "membrane pyogène". Le parenchyme hépatique de la bordure nécrosée, liquifiée, présente une congestion capillaire et une réaction congestive très discrète.

Ultérieurement, mais de façon inconstante, la zone externe peut devenir fibreuse, hypovascularisée séparant l'abcès du parenchyme sain voisin. Cela aboutit à la longue à l'enkystement.

Les foyers de nécrose sont faits d'une bouillie d'hématies, d'hépatocytes, de rares polynucléaires centrés par une amibe. Ces foyers sont entourés d'une zone de congestion.

L'étude de LAPIERRE (56) montre sur le plan macroscopique :

- un foie fortement augmenté de volume, pesant 3800g
- de multiples plages nécrotiques de couleur jaunâtre, mal limitées, dont l'une volumineuse détermine la caverne.
- un volumineux hématome à la périphérie de la nécrose.

Cet hématome décolle largement la capsule et provoque sa rupture sur plus de 10 cm.

- un siège de l'abcès étendu à tout le lobe gauche et au 1/3 du lobe droit.

Sur le plan histologique on remarque une nécrose peu inflammatoire contenant des amibes. la cavité est limitée par une mince bande de nécrose éosinophile avec des cellules inflammatoires mononuclées;

En périphérie de la nécrose débute une fibrose assez riche en fibroblastes et en cellules inflammatoires contenant des canalicules biliaires.

A distance de la nécrose, il y a d'autres foyers nécrotiques débutants qui, à différents stades d'évolution, contribuent à l'extension des foyers excavés.

En dehors des foyers de nécrose, on observe une destruction des régions centro et médiolobulaires en rapport avec une oblitération segmentaire du lit veineux sus hépatique.

Les modifications vasculaires intéressent aussi le système veineux portal intrahépatique : il s'agit d'une oblitération de certains gros troncs par la nécrose amibienne. Il s'agit aussi de lésions d'endophlébite proliférante sur des veines plus petites.

L'examen parasitologique des débris sphacéliques du foie révèle de nombreuses amibes dysentériques bien vivantes ; leur cytoplasme contient parfois des hématies à divers stades de digestion.

Au total les lésions observées répondent parfaitement aux descriptions classiques de l'amibiase hépatique dans sa forme suraiguë

("fulminating abscess" de ROGERS). Trois points méritent cependant d'être soulignés :

1 - L'examen de multiples foyers nécrotiques permet de suivre l'évolution de l'extension des lésions :

Nécrose d'abord incomplète avec ombres hépatocytaires, réaction périphérique importante, puis nécrose plus complète limitée par une mince bande de nécrose éosinophile et diminution de la réaction inflammatoire ; enfin détersion donnant lieu à une caverne anfractueuse. A la périphérie de la caverne s'organise un granulome avec fibrose débutante.

2 - A côté de la nécrose amibienne se développe une nécrose due à des troubles circulatoires dont l'origine est l'oblitération des veines sushépatiques.

3 - Les nodules de nécrose amibienne se développent parfois au contact des veines sushépatiques.

L'effraction vasculaire sushépatique par cette nécrose représente certainement une voie de dissémination intraparenchymateuse de la parasitose et de la formation d'hématomes sous-capsulaires.

## 6 - DIAGNOSTIC

### a - Diagnostic positif

#### - Clinique

"Tout médecin qui a exercé quelques temps dans les pays chauds reconnaît très bien la possibilité de se tromper non seulement sur le siège de l'abcès, mais encore sur son existence" DE CASTRO, 1870.

Cette phrase illustre un aspect classique de l'amibiase hépatique : la difficulté du diagnostic.

Depuis cette époque le tableau clinique de l'abcès amibien du foie est bien codifié.

"Le grand secret du diagnostic de l'abcès du foie est de le soupçonner" FONTAN, 1895.

"La ponction exploratrice doit servir à assurer le diagnostic d'abcès du foie" CHAUFFARD 1892.

En effet, dans sa forme classique, l'amibiase hépatique réalise une hépatomégalie douloureuse et fébrile, syndrome appelé "triade de FONTAN". Cette triade est assez évocatrice du diagnostic, son pourcentage varie selon les séries :

- 68% dans la série de CONDAT (25)
- 81% pour SERAFINO (93)
- 60,2% dans une autre série de CONDAT (24)
- 11 fois sur 23 cas pour CAPDEVIELLE (15)
- 63% pour LAROCHE (57)

Si on connaît depuis un siècle les principes généraux de la démarche diagnostique des abcès amibiens du foie, aujourd'hui c'est grâce

à l'imagerie médicale moderne et à l'immunologie qu'on peut faire un diagnostic précoce.

A côté de la forme franche aiguë, les autres formes cliniques posent souvent de difficiles problèmes de diagnostic. Ces formes cliniques présentent une plus grande fréquence en zones tropicales que tempérées : un cas de ces formes trompeuses est observé sur 4 cas d'abcès amibiens par CONDAT(24).

1°) Formes monosymptomatiques :

- formes fébriles pures : CHARMOT rapporte une série de 9 observations (19). Ces formes sont connues de longues dates et sont décrites par SAMBUC (89) en 1911, FIESSINGER et LEROY en 1916 (37) et CATTAN en 1946 (17). Les ouvrages classiques, comme celui de BLANC et SIGUIER, les décrivent en signalant leur rareté (13).

- formes ictériques : elles représentent 13% des cas à Abidjan (24), près de 8% des cas en France (59). L'ictère confère classiquement à l'amibiase hépatique un caractère de gravité, en particulier aux Indes (73) où la mortalité atteint 43%. Il s'observe dans les abcès volumineux (diamètre  $\geq$  15 cm) et/ou multiples. Le mécanisme est mal connu.

2°) Formes trompeuses dont la symptomatologie oriente vers d'autres viscères :

Appareil pleuro-pulmonaire : l'atteinte pleuro-pulmonaire de l'amibiase est bien connue depuis les publications de OSCHNER et DEBACKEY (77), et BLANC et SIGUIER (13). ROUDAULT rapporte une étude de 61 cas à Abidjan (87).

Reins ou tube digestif : lors des ruptures dans le péritoine ou les organes creux.

3°) Formes compliquées : les migrations péritonéales se voient tardivement au 20<sup>e</sup> - 30<sup>e</sup> jour de l'abcès. Les abcès rompus sont étudiés par CHERBONNEL et par TOURE (21 ; 100).

4°) Formes graves ou fulminantes : dans ces cas l'amibiase hépatique est parfois associée à une amibiase colique maligne. Il y a une altération profonde de l'état général, une fièvre à 40°C, une contracture abdominale et une déshydratation marquée. CHIGOT rapporte 2 cas d'abcès amibiens suraigus du foie, suivis d'ulcérations coliques (22).

### - Biologie

Dans plus de la moitié des cas la vitesse de sédimentation globulaire se trouve accélérée et supérieure à 50 mm dès la première heure; l'hémogramme montre une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile dans plus de 82% de cas d'abcès tropicaux. Le bilan fonctionnel hépatique n'est pas perturbé, en général.

Le pus de l'abcès amibien du foie recueilli par ponction "échoguidée" est reconnu classiquement comme étant amicrobien en culture aérobie et anaérobie. Ce pus est le plus souvent inodore. Il est habituellement "chocolat". Rarement la preuve parasitologique est faite par la présence d'amibes dans le pus. On s'en tient alors aux trois premiers critères comme éléments de diagnostic.

L'examen parasitologique des biopsies de la bordure de l'abcès peut souvent révéler des amibes.

L'essentiel de l'apport biologique dans le diagnostic des abcès amibiens reste l'immunologie. Elle est d'un grand intérêt mais les différentes techniques utilisées ne sont pas infaillibles. CONDAT observe 2 faux positifs (hépatomes) et DENNIS 1 cas de faux négatif dont la sérologie amibienne est devenue positive après évacuation de l'abcès (29).

Pour une plus grande fiabilité et pour parer aux rares défaillances de chacune des techniques, une association de 2 voir de 3 techniques paraît nécessaire, mais le coût de tels examens n'est pas à la portée des malades dans les zones d'endémies qui sont des pays relativement pauvres. On s'en tient alors à la ponction exploratrice et aux tests thérapeutiques comme arguments de forte présomption pour le diagnostic.

### - Tests thérapeutiques.

Le produit utilisé classiquement est la déhydroémétine, dérivé moins toxique de l'émétine. Elle est utilisée à la dose de 1 mg/kg/jour pendant 10 jours environ. L'amélioration du tableau clinique est en faveur d'une amibiase hépatique. Par contre les imidazolés constituent un mauvais moyen de test thérapeutique, car ils sont efficaces aussi contre certaines bactéries responsables souvent d'abcès du foie.

### - Radiologie classique.

Plusieurs auteurs rapportent les signes radiologiques des abcès amibiens du foie.

#### \* Radioscopie:

Habituellement on note une surélévation globale ou localisée de l'hémicoupe droite. L'hypocinésie ou l'immobilité de cette hémicoupe lors des mouvements respiratoires est de règle. Ces signes radioscopiques sont en faveur d'une hépatomégalie sous-jacente. Parfois un épanchement pleural de la base droite est retrouvé. Un abcès du lobe gauche du foie peut-être responsable des mêmes anomalies pleuro-pulmonaires à gauche.

\* Radiographie pulmonaire:

Le cliché de face montre une déformation localisée en cas d'abcès du dôme hépatique, l'image est dite "en brioche" ou en "soleil couchant" ; les contours sont irréguliers. En cas d'abcès volumineux la surélévation intéresse la totalité de l'hémicoupe droite. L'abcès du lobe gauche peut donner les mêmes caractéristiques de la coupole correspondante.

- un simple comblement du cul de sac costo-diaphragmatique droit est assez fréquent.

- un épanchement liquidien pleural plus important ou une opacité parenchymateuse de la base droite en rapport avec une atélectasie sous-ségementaire ou une condensation non systématisée (atélectasie plane de FLEISCHER) sont possibles.

D'autres examens radiologiques peuvent être cités en mémoire :

- l'artériographie hépatique sélective
- l'hépatographie lipiodolée

- la splénoportographie et la cholangiographie.

Tous ces examens très classiques ne sont plus nécessaires pour le diagnostic actuel de l'abcès amibien du foie. Ils sont inutiles voir dangereux.

- **Imagerie Médicale Moderne.**

\* Tomodensitométrie (SCANNER):

Elle a les mêmes avantages que l'échographie. Elle donne une meilleure définition des images : les abcès de taille inférieure à 1 cm sont nettement visibles. Son principe est la reconstruction par ordinateur de l'image d'une coupe du corps, à partir des analyses élémentaires effectuées par un système émetteur-détecteur des rayons X en déplacement. Le scanner est très bien adapté à l'analyse des structures à faible contraste en particulier les parenchymes. CUDONNEC fait une distinction entre l'abcès et le kyste hydatique, entre la polykystose et les cancers au niveau du foie (27). Mais cet examen connaît aussi des limites : l'excellente résolution des différences d'absorption n'a pas supprimé l'emploi de produits de contraste iodés, la dose est modérée mais non négligeable.

\* Echographie:

L'échographie hépatique a bouleversé la stratégie d'étude de l'amibiase hépatique. Elle donne un diagnostic rapide et précoce, localise avec précision le point déclive idéal de ponction. L'échographie permet de suivre à volonté l'évolution sous traitement (6). PEYRON précise la séméiologie ultrasonore de l'amibiase hépatique, il décrit :

- une phase présuppurative où on note une zone hypoéchogène unique ou multiple ;

- une phase collectée où l'échostructure est de type liquidien, le plus souvent anéchogène, à contour régulier avec renforcement postérieur (81). Des stades intermédiaires sont également décrits.

### **b - Diagnostic différentiel.**

L'amibiase hépatique pose le problème de tous les gros foies fébriles et douloureux (43):

- les abcès bactériens du foie : ils sont moins fréquents que les abcès amibiens en zone tropicale. Ces abcès à pyogènes compliquent habituellement une septicémie, une angiocholite, une dilatation congénitale des voies biliaires intrahépatiques, un foyer abdominal infecté. Le germe responsable peut être isolé. Le diagnostic différentiel peut-être difficile du fait de l'existence d'abcès bactériens en apparence primitifs et d'amibiases surinfectées.

- le cancer primitif du foie (C.P.F) : fréquent en Afrique Noire, il simule d'assez près l'amibiase hépatique, surtout dans sa forme fébrile douloureuse. L'échec du test thérapeutique à l'émétine, l'absence habituelle d'anticorps spécifiques amibiens à un titre élevé, la mise en évidence d'un taux élevé d'alpha fœtoprotéine dans le sérum du malade et surtout les données laparoscopiques et histologiques permettent de trancher en faveur du CPF.

De même certaines cirrhoses sont douloureuses et fébriles ; mais l'ascite, les œdèmes et les signes d'hypertension portale lèvent rapidement le doute.

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

- les affections aiguës fébriles de l'hypocondre droit :

- . cholécystite
- . angiocholite
- . appendicite sous hépatique
- . péritonite localisée à l'hypocondre droit.

### **7- THERAPEUTIQUES ACTUELLES.**

Le traitement instauré tôt dès que le diagnostic est posé, assure un pronostic nettement favorable "vous voyez le malade se transformer en vingt-quatre heures, la fièvre tombe, la cachexie disparaît, les malades se trouvent guéris". (FIESSINGER 1941). Cette phrase révèle un aspect classique de l'abcès amibien : le succès thérapeutique toujours ou presque.

Le traitement de l'amibiase hépatique pose le problème de choix du protocole thérapeutique : comment traiter ? Avec quoi traiter l'abcès amibien ? En effet selon le tableau clinique, il s'offre au praticien le choix entre les méthodes médicales seules, chirurgicales seules ou médico-chirurgicales.

En principe, dès que la collection est décelée, il s'ouvre une discussion pour le choix thérapeutique dans laquelle continuent de s'affronter les partisans de la chirurgie et ceux du traitement médical.

### - Traitement Medical

L'émétine est encore efficace, CHARMOT obtient la guérison de 50 patients sur 52 cas d'abcès amibiens du foie (20), mais elle est abandonnée pour sa toxicité. La déhydro-émétine, dérivé moins toxique de l'émétine continue d'être utilisée, mais le médicament offrant un pronostic meilleur à l'amibiase hépatique est la gamme des 5 nitro imidazolés (5 N.I.) dont le chef de file est le métronidazole.

Actuellement la durée du traitement est raccourcie avec le tinidazole (Fasigyne 500®) dérivé de seconde génération des 5 N.I.

La plupart des auteurs "modernes" font un traitement médical en première intention. La série de LAVERDANT montre la progression du nombre de malades traités médicalement de 1969 à 1983.

de 1969 à 1973, 9 malades sont traités médicalement contre 27 malades "chirurgicaux".

de 1974 à 1979, 50 malades "médicaux" contre 5 "chirurgicaux".

de 1979 à 1983, 39 malades sont traités médicalement pour 3 malades opérés.

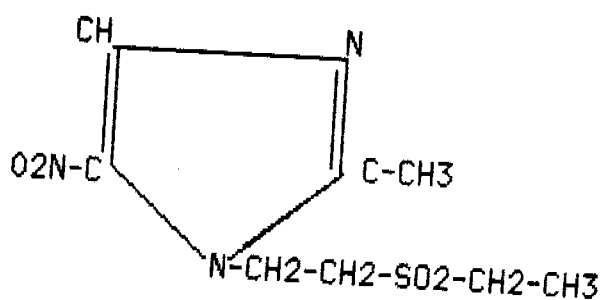
Au total 96 malades de cette série bénéficient du traitement médical contre 35 malades pour la chirurgie (61). Cette progression du choix pour le traitement médical de l'abcès amibien du foie traduit le succès des médicaments utilisés actuellement qui sont les nitroimidazolés.

Depuis les succès enregistrés par POWEL, PAYET et SANKALE, MONGES et ANDRE et PIERON, le traitement médical de première intention est de règle (60). En effet l'évolution spontanément favorable des abcès vers une cicatrisation est connue. Selon LAVERDANT, le risque d'un réveil évolutif tardif peut actuellement être exclu en raison de la rapidité d'action et de l'efficacité du métronidazole ou de ses dérivés. Dans sa série un patient lui-même chirurgien refuse ainsi de se faire opérer et guérit après une simple cure émétinienne (60). Des résultats spectaculaires sont observés de nos jours par le traitement court au tinidazole à raison de 2 grammes par jour pendant 3 à 6 jours. Des études récentes sont faites dans l'optique d'utiliser ce produit pour le "traitement minute" de l'amibiase hépatique. Cela suscite un grand intérêt dans les régions du monde où le suivi des patients est difficile (58, 94, 103).

Notre protocole utilise le tinidazole (Fasigyne 500®) à raison de 2g/jour en prise unique pendant 3 jours successifs.

Le tinidazole est un produit synthétique, dérivé de deuxième génération des 5 nitro imidazolés. C'est un éthyl [2-(2 - méthyl)-5 nitro - 1 imidazolyl) éthyl sulfone] dont la formule structurale est la suivante.





C'est un produit mis au point par le laboratoire PFIZER et commercialisé depuis 1975. Son essai clinique remonte à plus de 20 ans et connaît des succès depuis les études de POWEL.

Sa pharmacocinétique est assez simple : après administration orale le produit est rapidement absorbé ; les concentrations sériques maximales sont obtenues entre la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> heure et peuvent encore être décelées à la 72<sup>e</sup> heure. Sa demi-vie est de 10 à 12 heures. Son élimination est essentiellement urinaire.

Le tinidazole est indiqué dans les infections à trichomonas et dans les amibiases intestinales et tissulaires.

L'hypersensibilité aux imidazolés constitue une contre indication au tinidazole. Les cas de dyscrasie sanguine ou d'autres anomalies de la formule sanguine, les troubles neurologiques organiques nécessitent des précautions dans l'emploi du tinidazole. L'intensité de ses effets secondaires varie selon les patients ; il s'agit :

- de la possibilité de leucopénie transitoire
- de goût métallique dans la bouche
- de légers troubles digestifs (nausées, épigastralgie...)
- de vertiges et rarement de prurit.

Nous l'utilisons dans cette étude pour le traitement court de l'amibiase hépatique. C'est un excellent amœbicide tissulaire ayant fait l'objet de plusieurs essais cliniques par différents auteurs dans différents pays :

-BERTRAND l'utilise dans une série de 20 cas d'abcès amibiens avec un résultat satisfaisant (12).

-Au Pakistan IFTIKHAR rapporte une étude de 30 cas d'abcès traités au tinidazole (50).

-Ce produit s'est également avéré efficace dans le traitement de l'amibiase intestinale comme le fait remarquer GAFFAR chez 50 enfants atteints d'amibiase intestinale aiguë (39).

- Le tinidazole permet d'obtenir une guérison de l'abcès amibien en 3 jours, mais son activité kysticide supérieure à celle du métronidazole reste insuffisante. La persistance du kyste peut expliquer des rechutes d'amibiases tissulaires.

- FELIX préconise des doses suffisantes pendant 1 semaine avec un

traitement kysticide séquentiel (36).

### - Traitement Chirurgical

Le traitement chirurgical répond à une attitude jadis classique, "tout abcès dépisté devant être évacué". Si les indications chirurgicales de l'abcès amibien s'amenuisent, il faut cependant reconnaître que sa part est loin d'être nulle dans le traitement des abcès du foie. Enfin certains malades sont d'emblée chirurgicaux. Il s'agit des cas d'abcès rompus ou menaçant de se rompre (14), les abcès volumineux et inaccessibles à la ponction. Comme le fait remarquer LAYERDANT, une attitude résolument et exclusivement médicale préconisée par certains auteurs ne peut être de mise en zone tropicale où les malades arrivent à l'hôpital très souvent tardivement après échec du traitement traditionnel quasi-systématique. De même que les complications, les abcès répondant mal au traitement médical bien conduit sont également justiciables du traitement chirurgical (25). selon CHIGOT le traitement chirurgical doit être décidé quelque soit l'amœbicide utilisé si le traitement médical ne fait pas la preuve de son efficacité complète. Le plus souvent la décision opératoire est envisagée à la fin de la première semaine du traitement médical : en effet si celui-ci est efficace, il doit en 5 à 6 jours entraîner une amélioration manifeste (23).

### - Méthode Médico-chirurgicale

On a très souvent recourt au traitement médico-chirurgical surtout dans les collections menaçantes par leur volume, leur siège ou leur nombre. La ponction échoguidée permet d'évacuer plusieurs centimètres cubes de pus, le patient étant au préalable sous amœbicide 5 nitroimidazolé. Cela permet à coup sûr d'éviter tout risque de propagation de l'amibe lors de la ponction. Cette ponction est toujours préférée, si l'abcès est accessible, au drainage chirurgical (104). Le drainage chirurgical ne lui est préféré qu'en cas d'abcès anciens et chroniques.

Dans tous les cas le choix thérapeutique dépend de beaucoup de facteurs, la conduite suivante paraît logique dans le choix du traitement selon les résultats de l'échographie (81;102).

a) A l'arrivée : le bilan clinique, les clichés simples et surtout l'échographie d'urgence permettent de poser le diagnostic et d'orienter la thérapeutique :

1°) il s'agit d'un abcès de topographie dangereuse (lobe gauche, abcès périlibilaire) ou d'abcès volumineux accompagné d'un syndrome de prérupture, le malade est d'emblée chirurgical ; l'abcès est évacué sous traitement amœbicide.

2°) l'abcès mesure moins de 16 cm, de localisation non dangereuse ; le malade est d'abord médical, mais son évolution ne peut être prévenue à l'avance. La cure médicale spécifique est instituée associée à une ou plusieurs ponctions évacuatrices guidées sous

échographie.

b) Au bout de 5 jours ; deux éventualités sont possibles :

1°) ou bien les signes biocliniques s'amendent et l'échographie confirme une absence d'augmentation du volume de l'abcès.

2°) ou bien les signes biocliniques s'aggravent et l'échotomographie objective l'expansion de l'abcès: l'abcès est ponctionné sous contrôle échographique.

c) A la fin du 10ème jour : trois cas sont possibles :

1°) la rémission bioclinique et échographique est obtenue ; le traitement est interrompu et le malade reste sous surveillance échographique.

2°) la rémission clinique est mauvaise, l'échographie confirme l'augmentation de la taille de l'abcès ; la collection doit être évacuée par ponction peréchographique.

3°) Il persiste des signes cliniques et une cavité résiduelle purulente inchangée à l'échotomographie. Une ponction peréchographique est faite.

d) Pendant la convalescence : la résurgence de la symptomatologie doit faire pratiquer une nouvelle échographie qui confirme ou non la révissence de l'abcès.

Les examens échographiques peuvent être plus rapprochés en fonction de la clinique (81 ; 102).

La ponction évacuatrice participe au traitement :

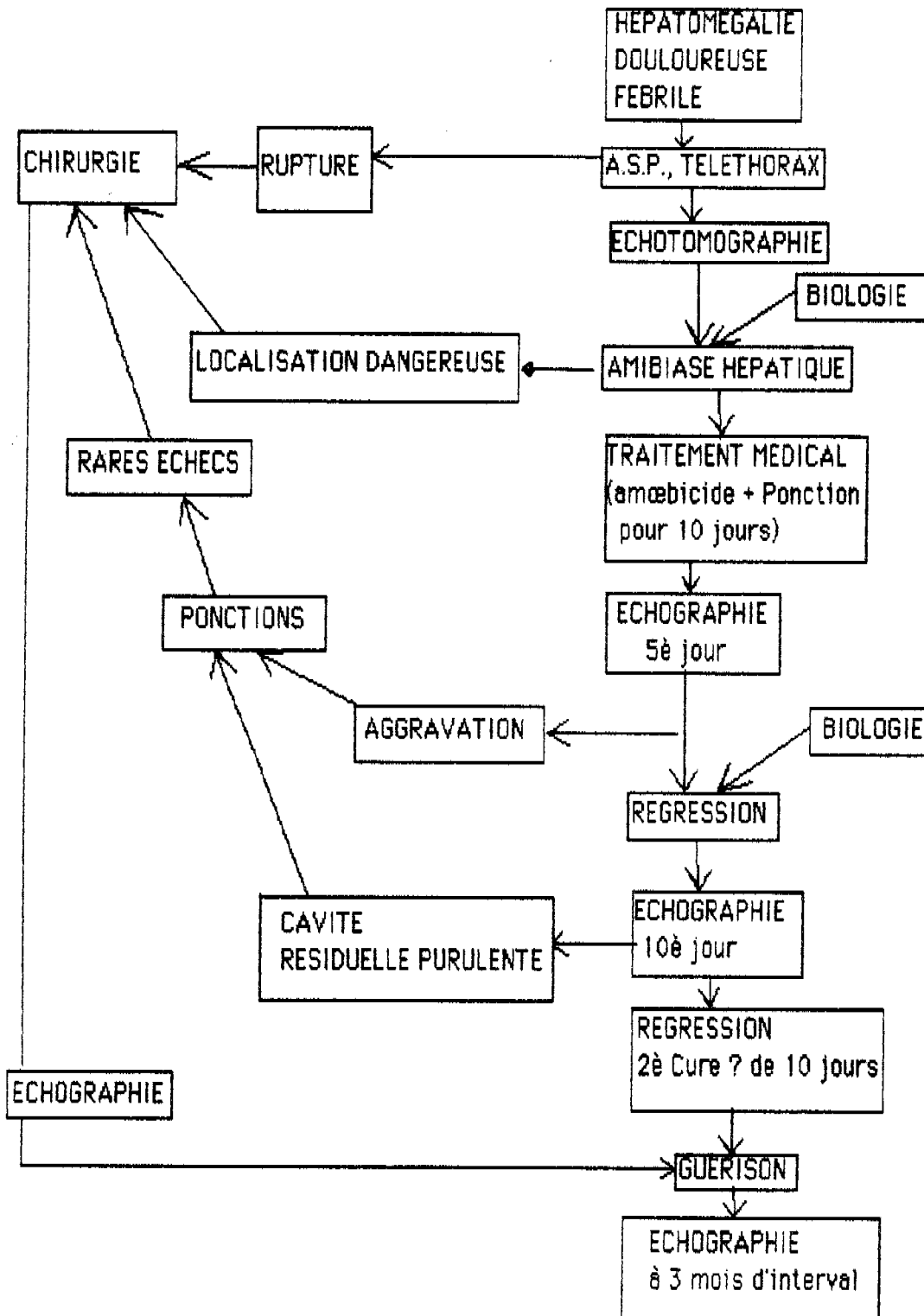
- elle soulage le malade ;

- elle prévient l'effraction spontanée et évite une

intervention chirurgicale selon CORNET (26).

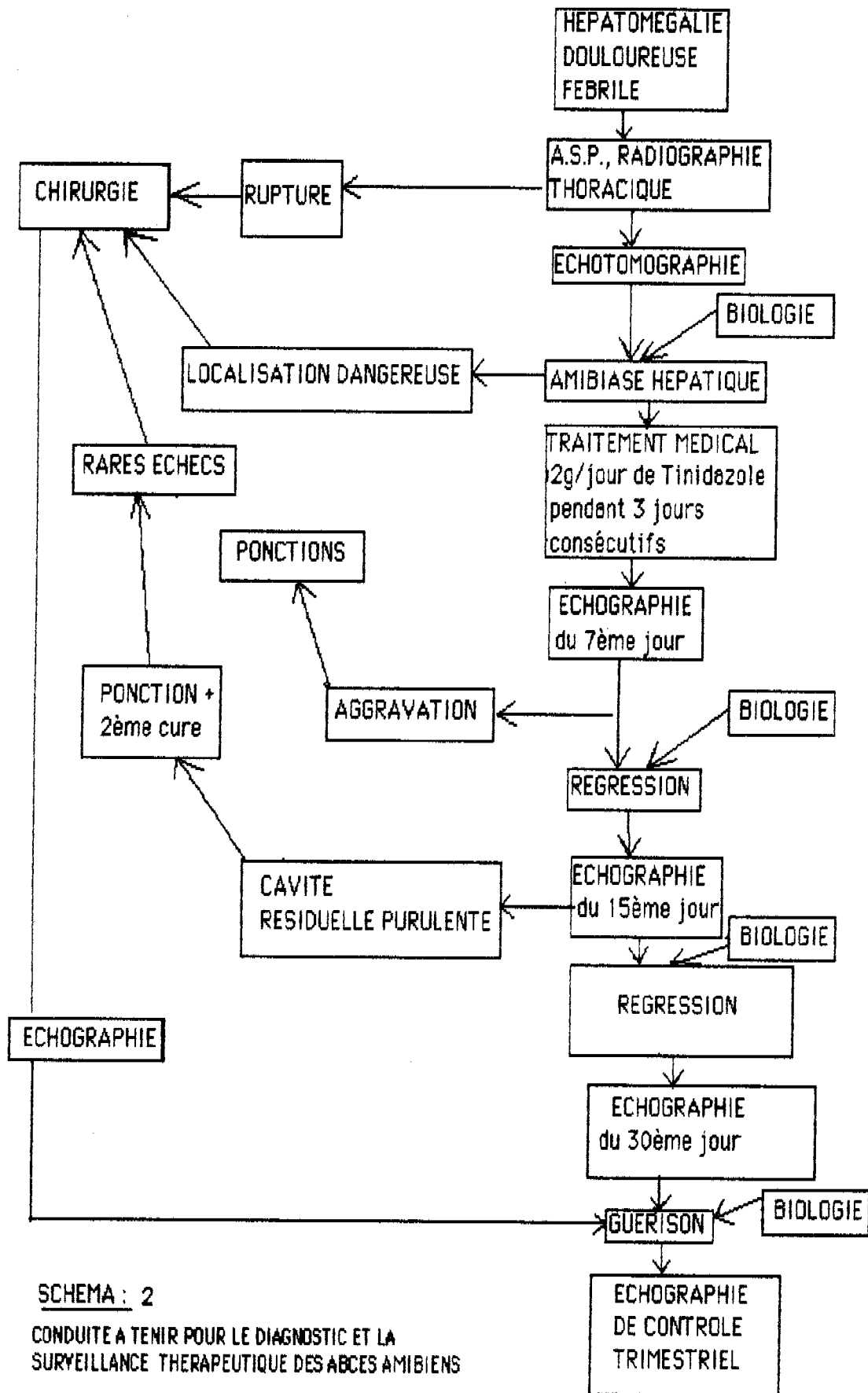
Le traitement médical connaît actuellement une révolution grâce à l'introduction du tinidazole en traitement court. Cela permet dans la plupart des cas d'obtenir en 3 à 6 jours une bonne rémission bioclinique de l'amibiase hépatique. Certains auteurs rapportent la persistance d'abcès amibiens après la guérison parasitologique de l'infection, ils reprennent la question de la nécessité d'aspiration des abcès amibiens du foie (106) ; nous pensons que l'apport du tinidazole en traitement court et de l'échographie pour la surveillance préserve le malade de l'intervention sanglante.

La conduite suivante proposée au schéma 1 (102) nous semble logique devant toute hépatomégalie suspecte d'amibiase hépatique mais la réduction de la durée du traitement (de 10 jours à 3 jours) par le tinidazole paraît plus intéressante. Nous proposons le schéma 2 suivant pour le diagnostic et la surveillance thérapeutique des abcès amibiens du foie.



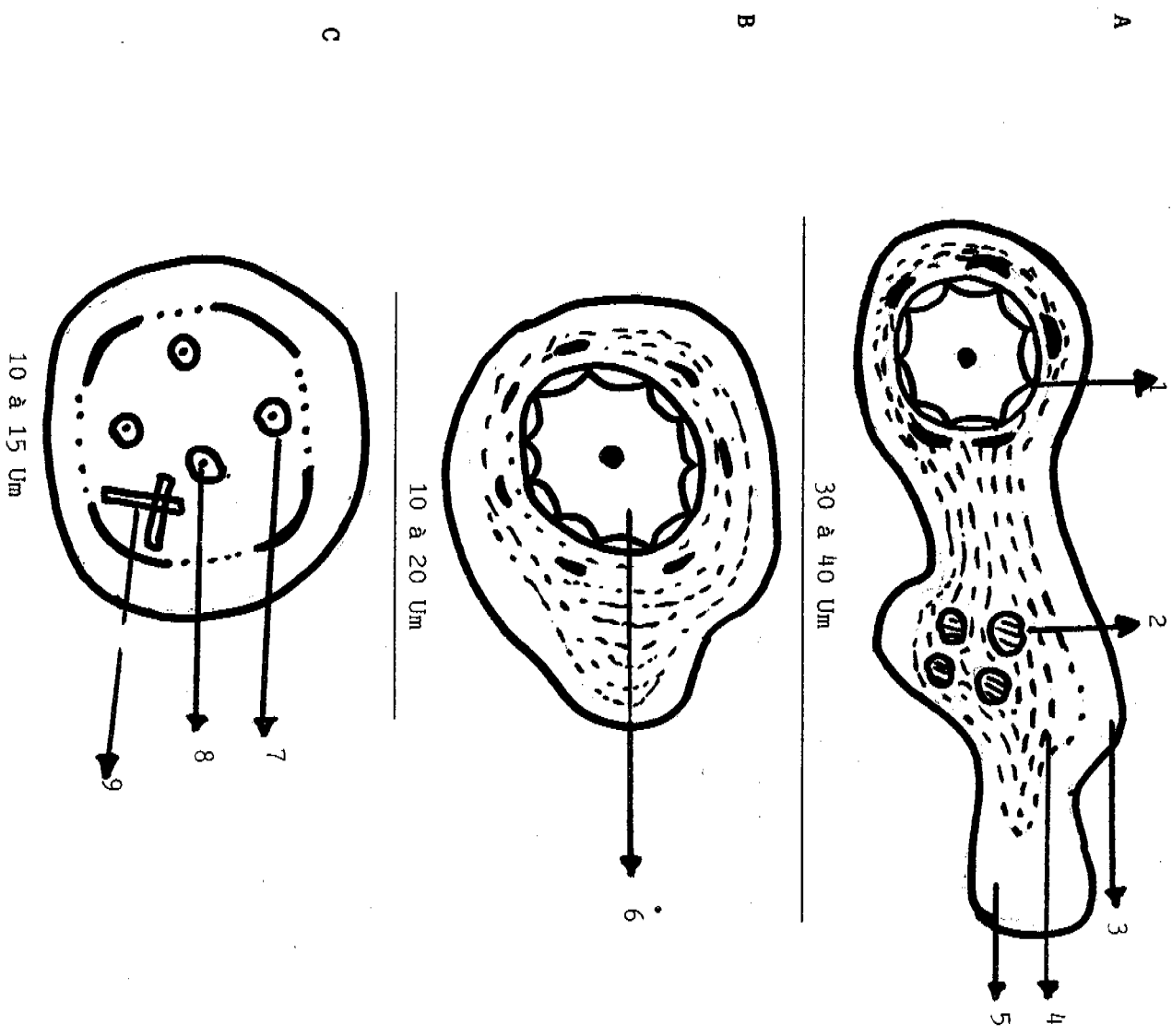
## SCHEMA : 1

CONDUITE A TENIR POUR LE DIAGNOSTIC ET LA  
SURVEILLANCE DES ABCES AMIBIENS DU FOIE ( 102)



SCHEMA : 2

CONDUITE A TENIR POUR LE DIAGNOSTIC ET LA SURVEILLANCE THERAPEUTIQUE DES ABCES AMIBIENS



A. *Entamoeba histolytica* "histolytica"

1. noyau
2. hématies
3. Exoplasme d'air
4. Endoplasme granuleux
5. Pseudopode

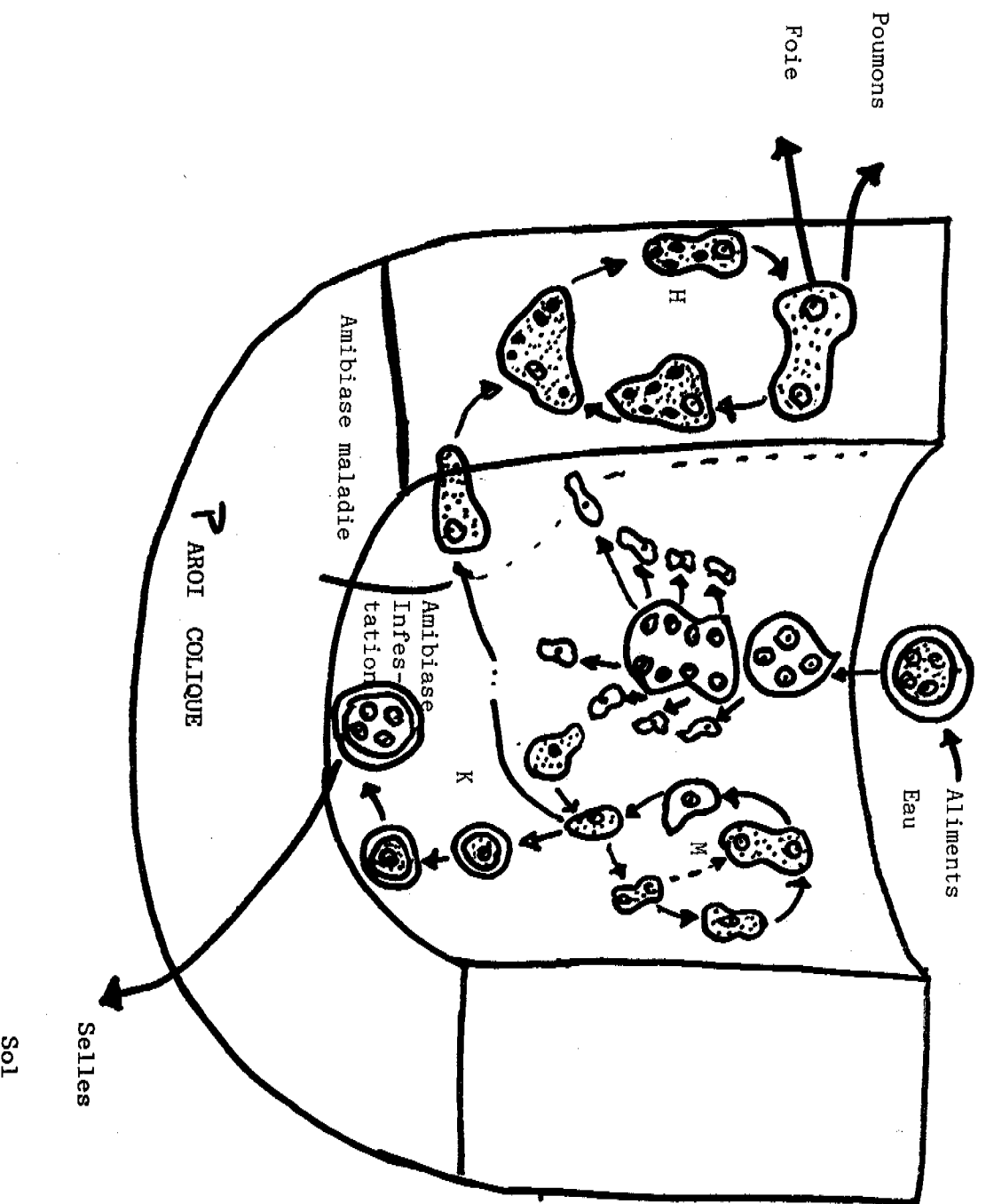
B. *Entamoeba histolytica* "minuta"

6. Noyau avec chromatine marginée

C. Kyste à 4 noyaux

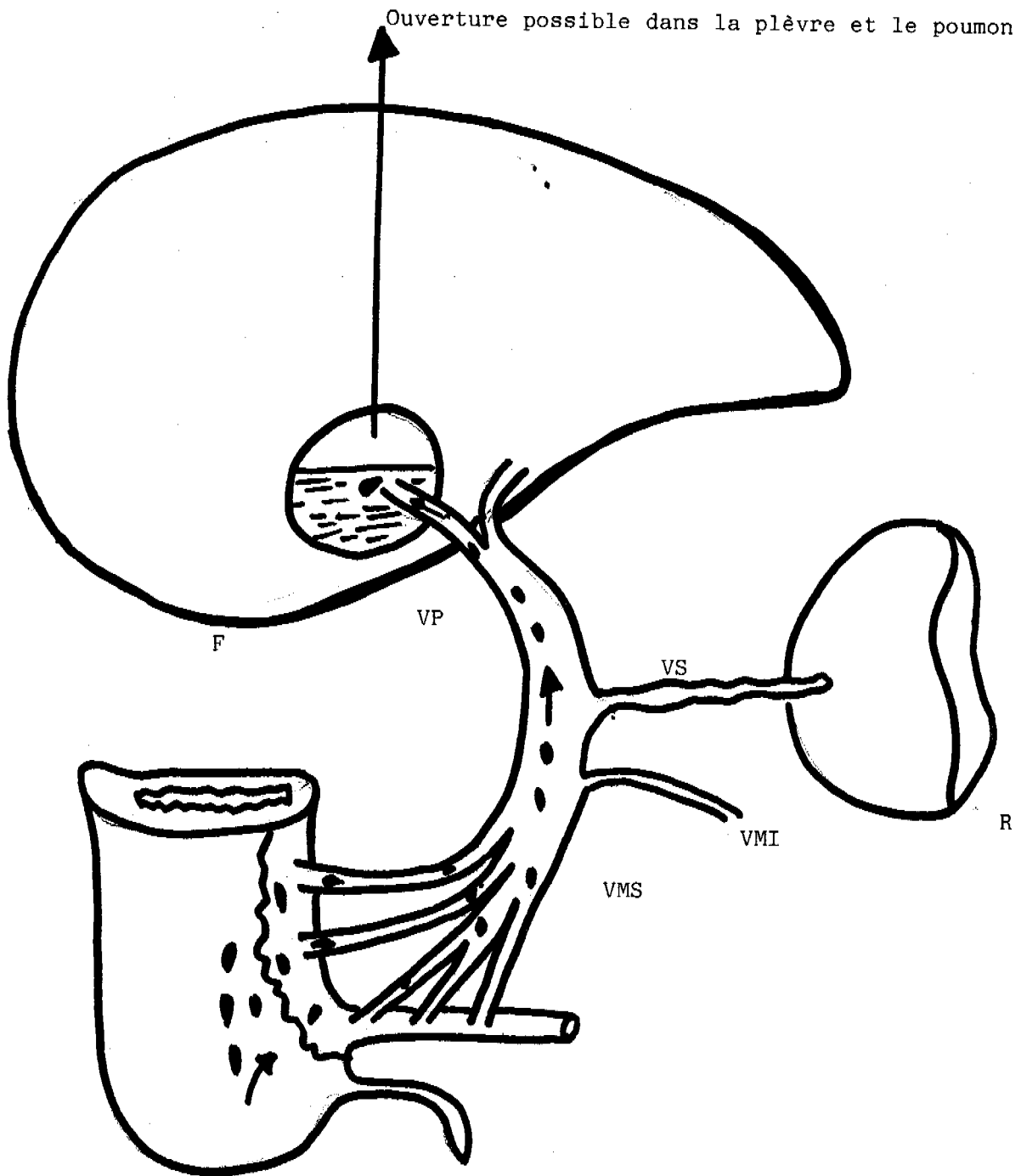
7. Noyau
8. Caryosome central
9. Corps cristalloïdes

Fig : 1 Différents aspects morphologiques schématisés d'*E. histolytica* (6)



M = forme minuta  
 H = forme histolytica  
 K = forme kystique

**Fig. 2 :** Cycle parasitaire de l'amibe montrant l'évolution possible de l'amibiase infestation vers l'amibiase maladie intestinale et extraintestinale. (10)



**Fig. 3 :** Formation de l'abcès amibien du foie à partir des lésions de la muqueuse colique, les amibes passent dans la veine mésentérique supérieure (VMS) puis dans la veine porte (VP) et arrivent au foie le plus souvent au niveau du lobe droit (42)



CHAPITRE III

ASPECTS DES ABCES AMIBIENS DU FOIE

A BAMAKO

## 1 - PATIENTS ETUDIÉS ET METHODES

Nos 10 malades sont admis dans le service de médecine interne de l'hôpital National du Point G, de septembre 1988 à décembre 1989. Ils font chacun, l'objet d'une fiche d'enquête. Les critères diagnostiques sont cliniques, biologiques, échographiques et immunologiques.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- abcès du foie confirmé à l'échographie ;
- positivité de la sérologie amibienne : taux d'anticorps supérieur ou égal à 1/128ème par la méthode de l'hémagglutination.
- patients traités au tinidazole 2g/jour pendant 3 à 6 jours selon le protocole thérapeutique que nous nous sommes assigné.

Les critères d'exclusion sont :

- abcès du foie à sérologie amibienne négative même si aucune autre étiologie, surtout bactérienne, n'est retrouvée.

Ainsi un cas d'abcès volumineux avec présence de *E. histolytica* dans les selles, mais dont la sérologie amibienne (HAI) est restée négative à l'admission et au 7ème jour est récusé.

- patients traités par des amœbicides autres que le tinidazole.

Deux de nos patients sont suivis en ambulatoire, dont un cas d'abcès multiples (récidivant) après un traitement amœbicide bien conduit au métronidazole (flagyl®). tous nos patients font l'objet des examens cliniques, biologiques échographiques (voir fiche d'enquête en annexe).

Les deux principaux examens servant de sélection et de surveillance de nos cas sont la sérologie amibienne par la technique de l'hémagglutination indirecte et l'échographie. Leur principe mérite d'être mieux décrit.

### - Echographie

Matériel : En dehors des examens radiologiques du thorax systématiques de première intention, l'échographie est dans tous les cas le seul examen morphologique utilisé pour le diagnostic et le suivi des images d'abcès du foie. Elle permet non seulement la ponction échoguidée mais aussi la surveillance à volonté des malades sous traitement.

Pour notre étude nous utilisons un échographe PHILIPS SONO DIAGNOST R 1200 (SDR 1200).

Nous opérons toujours à mode B, temps réel. D'autres modes sont couplés à l'appareil mais ne sont pas utilisés lors de cette étude.

L'appareil contient un convertisseur d'images (représentation en échelle de gris) ainsi qu'un gel de l'image.

L'appareil est muni d'une sonde de 3,5 MHz. Les mensurations sont possibles ainsi que la prise de photos. Il est possible de modifier le gain.

Un générateur de haute fréquence met l'appareil à l'abri de variations de tension.

#### - Méthode

la préparation intestinale (en dehors de l'urgence) est de type diététique avec jeûne de 12 heures environ.

la zone à explorer (hypocondre droit et épigastre) du malade en décubitus est enduite d'huile d'olive à la place du gel acoueux (couplant acoustique). L'eau du robinet est souvent utilisée dans les rares cas où l'huile d'olive manque.

après réglage approprié du gain sur l'écran des coupes sont effectuées selon les plans suivants :

1°) Plan sagittal paramédian de l'hypocondre droit à l'hypocondre gauche.

2°) Coupe récurrente oblique sous costale droite dans le plan du grand axe du foie.

3°) Coupe oblique dans l'axe du tronc porte

4°) Coupe transversale médiale sous xyphoïdienne.

Dans la majorité des cas les images d'abcès sont mesurées puis fixées sur photographies, film polaroid 667.

#### - Sérologie

La technique utilisée est celle de l'hémagglutination indirecte.

Principe : la réaction consiste à observer une agglutination d'hématies sensibilisées par des antigènes amibiens spécifiques en présence d'un sérum de malade lorsqu'il contient des anticorps spécifiques.

Matériel : nous disposons :

- du sérum du malade à tester
- du kit cellognost<sup>R</sup> - Amibiase des laboratoires Berhing (érythrocytes O humains stabilisés avec l'antigène E. histolytica souche HK-9)

- d'une plaque de microdosage comportant des puits (les puits de la première colonne sont numérotés de A à H ; les puits de la première ligne sont numérotés de 1 à 12 ; on a ainsi les puits : A1... A12 ; B1... B12...)

- de pipettes pour le dosage des solutions
- de serum de contrôle amibiase positif lyophilisé
- de serum de contrôle parasitologique négatif
- de solution tampon tris PH 8,0.

Méthode : on dépose à l'aide d'une pipette 140 microlitres de solution tampon dans les premiers puits. Dans les puits suivants on dépose 50 microlitres de la même solution. Dans un deuxième temps on met 20 microlitres de serum du malade à tester par exemple dans le puits A1, homogénéiser la solution et prélever 50 microlitres de la solution obtenue

pour le puits B1 en dessous de A1, mélanger de nouveau et prélever 50 microlitres de ce mélange pour le puits C1 ainsi de suite.

Dans un troisième temps on ajoute 25 microlitres du kit cellognost<sup>R</sup>. Amibiase au contenu des puits B1 C1...

Pour les solutions témoins on procède de la même façon :

Dans les puits A11 et A12 on met 140 microlitres de tampon ; on ajoute 50 microlitres de serum de contrôle négatif au contenu du puits A11 ou A12 ; et 50 microlitres de témoins positifs dans l'un de ces 2 puits. Après homogénéisation de la solution on prélève 50 microlitres dans les deux cas pour les puits suivants B11 et B12. A l'aide d'une pipette on dépose 25 microlitres du kit cellognost<sup>R</sup> amibiase dans les puits suivants: N° B11 et B12.

La dilution ainsi faite, la plaque rectangulaire de microdosage est déposée sur un plan horizontal à l'abri des agitations.

La lecture se fait au bout de 2 heures. Les résultats éventuels sont les suivants :

- agglutination complète des cellules : formation d'un voile en cas de positivité de la réaction.

- agglutination avec formation d'un anneau : résultat faiblement positif.

- sédimentation des cellules : formation d'un bouton ou d'un anneau en cas de réaction négative, tel est le cas du témoin négatif.

Le titre retenu pour le diagnostic d'amibiase tissulaire est de 1/128 ou plus.

Dans notre série le traitement amœbicide spécifique utilisé est à base de tinidazole (fasigyne 500) à raison de 2 g /jour pendant 3 jours consécutifs. Cette durée du traitement est souvent prolongée à 6 jours ou plus en cas d'échec manifeste de cette dose (cas graves, Observations N° 3, 6, 8).

## 2 - RESULTATS

### a - Présentation de nos observations.

#### Observation N°1 :

Mr. D.K. 38 ans, Malinké, pompiste est hospitalisé le 12/08/88 pour pneumopathie basale droite, douleur de l'hypocondre droit et diarrhées.

L'examen révèle une matité du champ pulmonaire droit avec silence respiratoire à l'auscultation. L'hypocondre droit est sensible, laissant difficilement palper un gros foie de 18 cm de hauteur et est douloureux.

La température est aux environs de 37°5C. l'état général est très altéré, il existe une dyspnée et un ictère.

Dans ses antécédents lointains il y a une notion de dysentérie, et récemment une diarrhée au début de la maladie.

L'échographie faite à l'admission montre, au niveau du lobe gauche du foie, un gros abcès de 97 mm de grand diamètre.

Le bilan biologique, parasitologique et immunologique montre les résultats suivants : globules blancs (GB)

GB =  $26900/\text{mm}^3$  avec seulement 14% de polynucléaires neutrophiles

VS = 75/100 mm

Hb = 7,8 g/dl

Bilirubinémie élevée à  $63,4 \mu\text{mol/l}$

Transaminases élevées GOT/GPT = 390/230 UI/ml mais le taux de prothrombine (TP) est à 100%

L'examen parasitologique des selles est négatif. La sérologie amibienne (HAI) est fortement positive au taux initiale de 1/1024ème

La radiographie pulmonaire montre une opacité du champ pulmonaire droit avec bascule du médiastin vers le côté gauche.

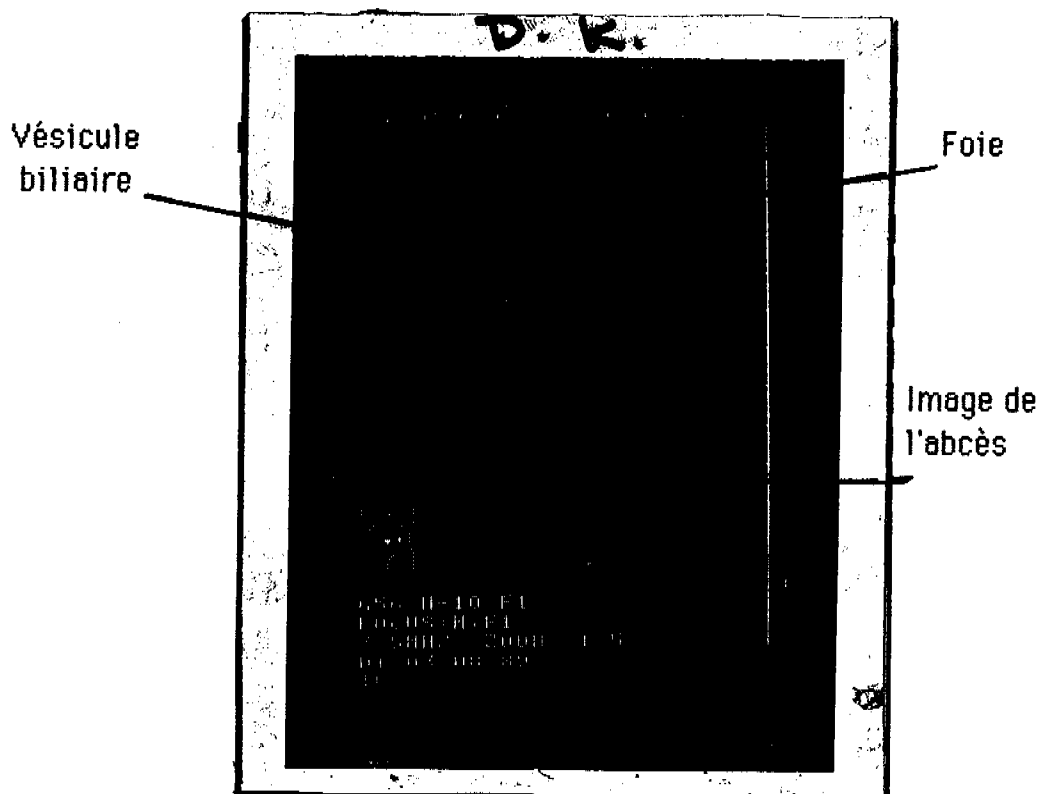
Le traitement est instauré par le tinidazole : 2 g/jour pendant 3 jours consécutifs.

L'évolution clinique est bonne : la fébricule disparaît, de même que la douleur de l'hypocondre droit avant le 7ème jour. Cependant plusieurs séries de ponction pleurale sont effectuées pour évacuer la pleurésie. Le liquide est sérofibrineux. L'hépatomégalie regresse avant le 7ème jour du traitement ; la dyspnée s'améliore.

Biologiquement l'hyperleucocytose baisse mais reste à  $15300/\text{mm}^3$ . La VS est toujours accélérée à 70/75 mm au 7ème jour. Cette hyperleucocytose n'est plus notée au 15ème jour, et la VS est à 3/33 mm. Au 30ème jour la formule sanguine et la VS sont normales. Le taux de bilirubine et les transaminases se normalisent. La sérologie amibienne reste toujours positive au 1/1024ème jusqu'au delà du 30ème jour.

Du point de vue échographique le malade est revu successivement au 7ème ; 15ème et 30ème jours. La taille de l'abcès diminue respectivement de 93mm à 90/84 mm et à 87/65 mm. Le patient est revu environ 8 mois après sa sortie ; l'échographie montre un aspect de guérison avec restitutio ad integrum du parenchyme (voir photo).

Conclusion : Abcès amibien du lobe gauche avec complication pleuropulmonaire droite qui guérit sous tinidazole et ponction évacuatrice de la plèvre.



Obs n° 1 : ASPECT DE GUERISON (Restitutio ad integrum)

**Observation N°2 :**

Mr. S.T. 36 ans, Bambara, Secrétaire est admis le 3/1er/89 pour douleur épigastrique, fièvre et vomissements.

A l'examen le creux épigastrique est douloureux à la palpation et on note la présence d'une masse, vraisemblablement le lobe gauche du foie, elle mesure 13 cm de hauteur.

La température est à 39°6C, l'examen pulmonaire est normal. L'état général est altéré.

Dans ses antécédents un syndrome dysentérique est noté quelques jours au paravant.

L'échographie effectuée le 11/1er/89 montre une image hypoéchogène de 83mm/53 au niveau du lobe gauche du foie.

Le bilan biologique et parasitologique donne les résultats suivants :

GB : 32 200/mm<sup>3</sup> dont 71% de polynucléaires neutrophiles, VS à 75/90 mm/

Transaminases, bilirubine et taux de prothrombine normaux.

La sérologie amibienne est positive à 1/1024ème.

La radiographie pulmonaire est normale.

Le traitement est instauré : 2g de tinidazole par jour pendant 3 jours consécutifs.

L'évolution clinique est immédiatement favorable : la fièvre tombe

dans les 48 premières heures suivant le début du traitement la douleur, importante au 7ème jour, disparaît à partir du 15ème jour. Le lobe gauche n'est plus palpable au 7ème jour.

Devant l'amélioration nette du tableau clinique le malade est suivi en externe.

Biologiquement l'évolution est bonne.

GB : 13 800/mm<sup>3</sup> avec 71% de polynucléaires neutrophiles au 7ème jour et VS à 70/90mm.

Au 15ème jour les globules blancs (GB) se normalisent, tandis que la VS reste supérieure à 50 mm à la première heure ; même au 30ème jour.

La sérologie amibienne est toujours positive au 1/1024ème.

Sur le plan échographique, l'évolution est bonne :

Le 18/1/89 l'abcès mesure 72/69mm ; à un deuxième contrôle la dimension de l'abcès est de 75mm/56. Le patient est revu le 4/2/89, l'aspect échographique montre une reconstruction parenchymateuse non complète, l'abcès mesurant 66mm sur 54mm. Le patient n'est plus revu par la suite.

Conclusion : il s'agit d'un abcès amibien du lobe gauche du foie dont la réaction au tinidazole est excellente.

### **Observation N°3 :**

Mr. S.K. 31 ans, Sarakolé, déclarant en Douane, est admis avec fièvre, il présente aussi une dyspnée intense à type de polypnée superficielle.

L'examen montre que l'hypocondre droit est sensible à la palpation. On note une hépatomégalie de 18 cm de hauteur, l'ébranlement est insupportable. La température est à 38°C et l'auscultation pulmonaire met en évidence une pleurésie dont la ponction exploratrice ramène 70 CC de pus chocolat inodore et stérile.

L'état général est profondément altéré.

Dans ses antécédents on retrouve une notion de traumatisme de l'hypocondre droit précédant de quelques jours le début de l'hépatalgie. Un épisode de diarrhées est signalé en 1986 qui dure 17 jours.

L'échographie faite le 5/02/89 montre un gros abcès de 113 mm de grand diamètre sur 92 mm siégeant au lobe droit et contenant de fins échos.

Le bilan biologique et parasitologique donne les résultats suivants :

Globules blancs 7600/mm<sup>3</sup> avec 51% de polynucléaires neutrophiles. La vitesse de sédimentation est à 131 mm à la première heure. La bilirubinémie est peu élevée 26 µmol/l. L'examen parasitologique des selles est négatif.

La sérologie amibienne est positive à 1/1024ème. La radiographie pulmonaire montre une surélévation de la coupole droite, avec épanchement pleural à la base droite. Le traitement est instauré à base de tinidazole : 2g/jour pendant 3 jours consécutifs.

L'évolution clinique montre la chute de la température à 37°C depuis le 4ème jour du début du traitement. Cependant la douleur reste importante au 7ème jour modérée au 15ème jour. La taille du foie est toujours augmentée au 7ème jour pour se normaliser au 15ème jour.

Sur le plan biologique ; la vitesse de sédimentation baisse mais reste élevée à 104 mm à la première heure. Au 30ème jour elle est de 55 mm à la première heure.

La sérologie amibienne est toujours positive au 1/1024ème. Echographiquement l'évolution suivante est notée : 14/02/89 l'abcès mesure 112 mm/91mm ; la ponction sous échographie est pratiquée et retire 80 cm<sup>3</sup> de pus chocolat.

Une deuxième cure de tinidazole est instaurée.

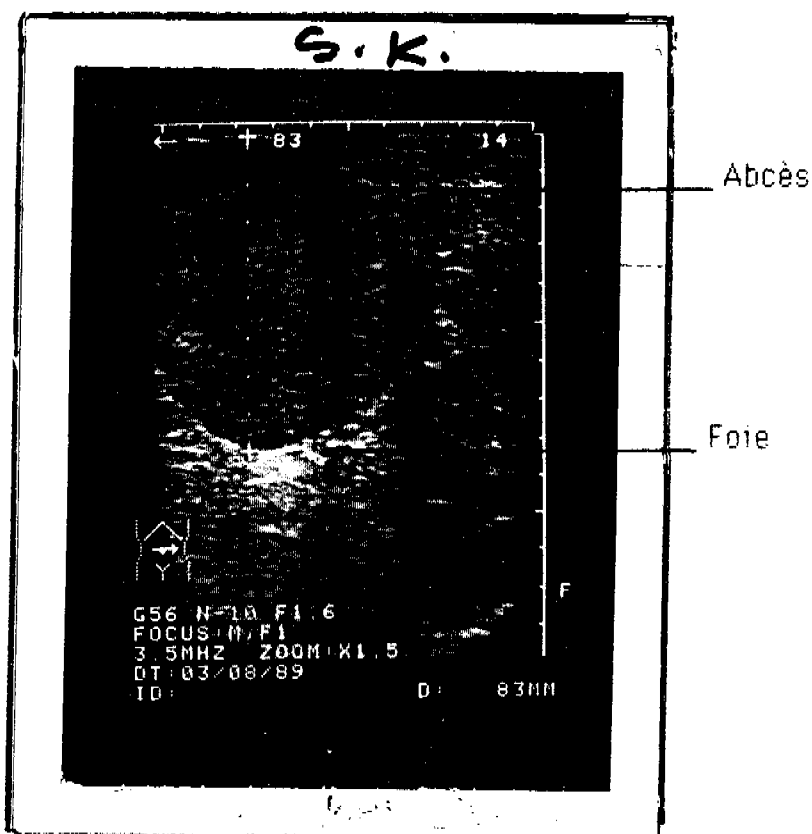
22/02/89 regression notable de la taille de l'abcès, mais une seconde ponction est faite et ramène 60 CC de pus chocolat.

5/03/89 l'abcès mesure 88 mm/83 mm, un drainage chirurgical est demandé mais recusé par le chirurgien.

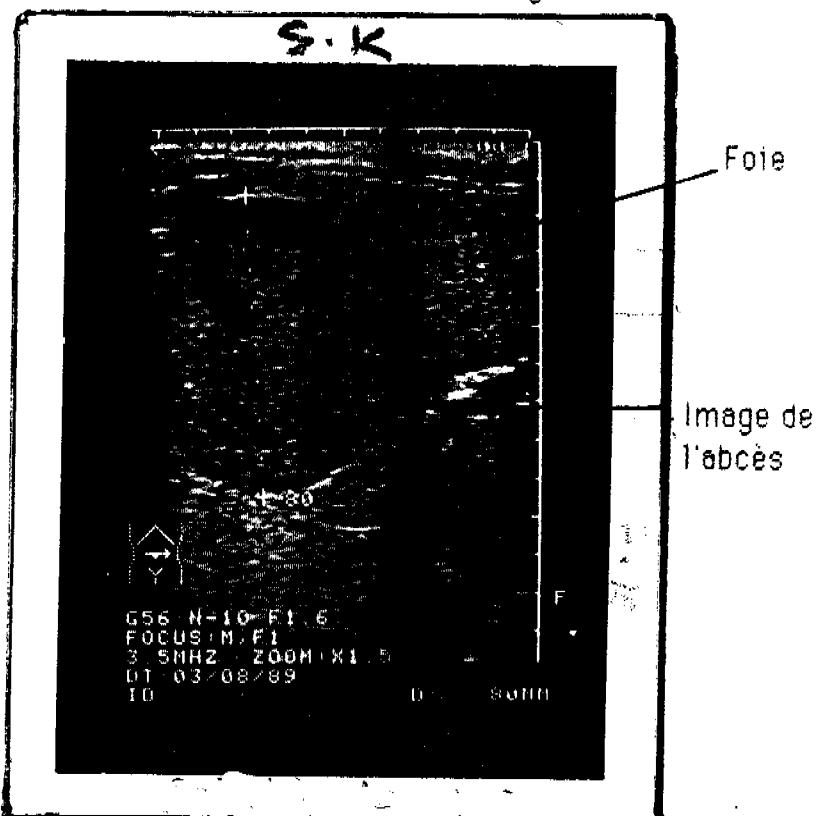
Le patient sort le 10/03/89 avec un abcès de 88 mm de grand diamètre sur 74 mm. Il est revu le 3/08/89 avec un abcès de 80 mm de diamètre. On note une reconstruction parenchymateuse d'échostructure hypoéchogène (voir photos).

Conclusion : Abcès amibien géant du lobe droit nécessitant deux cures de tinidazole et ponction sous échographie. Le malade guérit.





Obs n° 3 : ASPECT HYPOECHOGENE DE L'ABCES aux contours bien limités, mesurant 83 mm de diamètre (Remarquer une échostructure homogène se rapprochant de celle du parenchyme sain).



Obs n° 3 : Sur cette coupe apparaît nettement le contour de l'abcès aspect hypoéchogène contenant de fins échos, l'échostructure homogène est comparable à celle du parenchyme sain.

**Observation N° 4 :**

Mr. V.V., 36 ans coopérant soviétique pour l'enseignement, présente en février 1989 une fièvre à 39°C persistante malgré un traitement bien conduit à la chloroquine et une douleur de l'hypocondre droit.

L'examen révèle un gros foie de 16 cm de hauteur, douloureux à la palpation. La température est de 39°C. L'état général est satisfaisant.

Dans ses antécédents une notion d'œnolisme existe.

L'échographie du foie montre un abcès de 78 mm/72 mm au niveau du lobe droit.

Le bilan biologique et parasitologique donne les résultats suivants :  
GB = 23000/mm<sup>3</sup> dont 83% de polynucléaires neutrophiles.

VS = 82/102 mm.

L'examen parasitologique des selles est négatif. La sérologie amibienne est fortement positive. Bilirubine, et transaminases sont normales. Le taux de prothrombine est à 96%.

La radiographie pulmonaire est normale, mais la coupole droite est surélevée et Hypocinétique.

Le traitement est administré à raison de 2 g /jour de tinidazole pendant 3 jours consécutifs. L'évolution clinique est excellente, la fièvre disparaît en 48 heures et l'hépatomégalie au 7ème jour, la douleur disparaît aussi au bout de 72 heures.

Biologiquement les globules blancs sont à 16400/mm<sup>3</sup> au 7ème jour et à 5900 au 30ème jour. La VS est toujours accélérée jusqu'au 30ème jour (55mm à la première heure). La sérologie amibienne toujours positive au 1/1024ème.

L'évolution échographique montre les tailles suivantes : 64 mm/59 mm au 7ème jour ; aspect identique au 15ème jour, au 30ème jour l'abcès mesure 55 mm de grand diamètre sur 32 mm.

Le patient n'est plus revu par la suite.

Conclusion : abcès amibien du lobe droit dont l'évolution est favorable sous tinidazole.

**Observation N° 5 :**

Mr. C.K., 38 ans, Malinké, chauffeur, est admis le 22/03/89 pour douleur abdominale diffuse, fièvre et douleur de l'hypocondre droit.

L'examen révèle un gros foie de 16 cm de hauteur douloureux. La température est à 39°5C. La percussion de la base pulmonaire droite est mate ; il y a un ictère. Dans ses antécédents on note une dysentérie et une diarrhée survenue quelques jours auparavant.

L'échographie faite le 22/03/89 montre une image hypoéchogène un peu hétérogène au niveau du segment VII du lobe droit. Sa taille est de 106

mm/93 mm. Il fait discuter un abcès ou un cancer primitif du foie à forme abcédée.

Le bilan biologique et parasitologique a comme résultats :

GB = 15600/mm<sup>3</sup> dont 66% de polynucléaires neutrophiles

VS = 90/110 mm. L'examen parasitologique des selles est négatif. Bilirubine, transaminases et taux de prothrombine normaux.

La sérologie amibienne est fortement positive au taux initial de 1/1024ème.

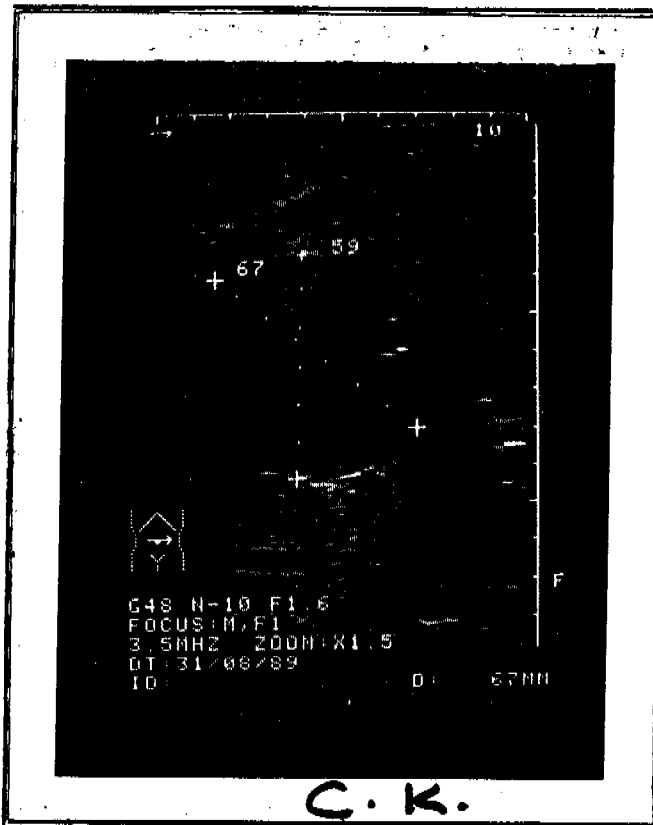
La radiographie pulmonaire est normale en dehors de la surélévation de la coupole droite.

Le traitement est instauré : 2 g de tinidazole /jour pendant 3 jours consécutifs.

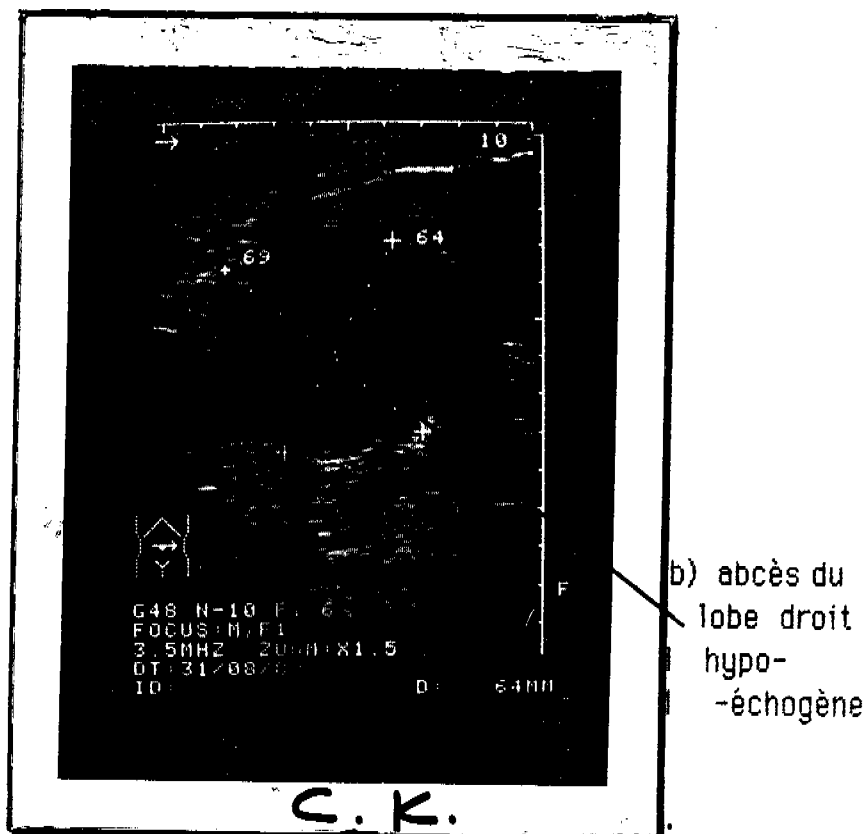
L'évolution clinique est spectaculaire : la fièvre disparaît dans les 24 premières heures suivant le traitement ; la taille du foie est de 14 cm au 7ème jour. La douleur modérée au 7ème jour. Le tableau clinique est muet à partir du 15ème jour. Biologiquement l'hyperleucocytose n'est plus notée à partir du 7ème jour. La VS est normale au 15ème jour (6/36 mm) la sérologie amibienne toujours positive au 1/1024ème.

Sur le plan échographique ; la taille et l'échostructure de l'abcès sont d'évolution satisfaisante : au 7ème jour il mesure 88 mm/86 mm ; au 15ème jour il est de 94 mm/84 mm et au 30ème jour 86/76 mm, le malade sort le 31/03/89. Il est revu le 31/08/89 et son abcès mesure 67/59 mm avec un aspect de reconstruction parenchymateuse intracavitaire. Le patient est revu une dernière fois le 18/11/89, l'abcès ne mesure que 41mm/34 mm d'échostructure homogène avec reconstruction complète du parenchyme (voir photos).

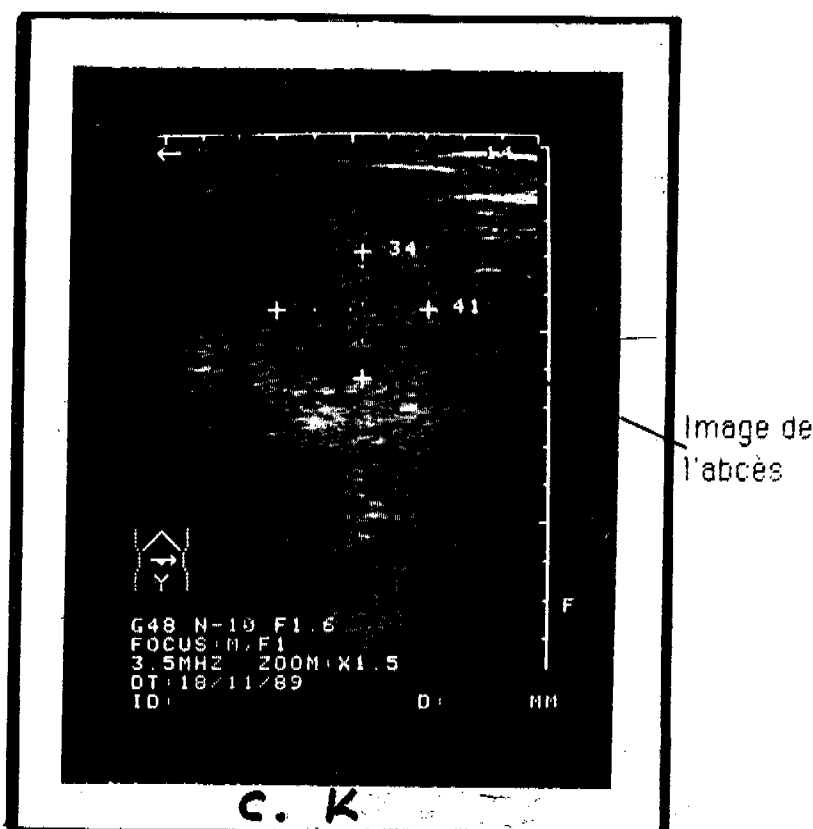
Conclusion : Aspect amibien du lobe droit du foie d'évolution clinique excellente sous tinidazole.



Obs n° 5 : a) abcès du lobe droit hypoéchogène.



Obs n° 5 : aspect échographique au 7ème mois, remarquer la diminution de la taille de l'abcès (69/64 mm contre 106/93 mm à l'entrée)



Obs n° 5 : Aspect échographique montrant la reconstruction du parenchyme hépatique 9 mois environ après le traitement (taille réduite 41/34 mm)

#### **Observation N° 6 :**

Mr. L. B. 51 ans, Français, mécanicien (avion) est admis aux urgences chirurgicales du Point G le 17/07/89 pour douleur abdominale intense, plus esquive au flanc droit. Une fièvre qui dure depuis 2 semaines environ est notée. L'examen de l'hypocondre droit montre une hépatomégalie douloureuse de 17 cm de hauteur. On note aussi une distension et un météorisme abdominal. La température est à 40°C. L'état général est altéré.

Dans ses antécédents on retrouve une amibiase hépatique en 1988, traitée et guérie au métronidazole à raison de 8 comprimés /jour pendant 10 jours. Le contrôle échographique semble confirmer la guérison ; mais par précaution le patient continua la prise de métronidazole en prophylaxie 6 comprimés/jour pendant 3 jours et cela tous les mois.

On note aussi dans ses antécédents une diarrhée de plus de 10 selles par jour en mars 1989. L'examen parasitologique des selles n'est pas fait et le traitement est inconnu. Deux hypothèses sont évoquées quant à la présente amibiase hépatique :

1°) l'abcès du foie actuel est probablement dû à une réinfection lors de la diarrhée survenue au mois de mars 1989.

2°) cet abcès est une récurrence de la première collection intrahépatique. En faveur de cette seconde hypothèse on retient le réveil de l'abcès ancien secondé de deux autres de sites différents visualisés à l'échographie dès son admission (voir photos).

L'échographie du 18/07/89 révèle trois images d'abcès au niveau du lobe droit dont les dimensions sont : 33 mm/23 mm ; 132 mm/83 mm et 137 mm/85 mm. Cette dernière image a une échostructure hétérogène (semi liquide - semi gazeuse) et se trouve être l'ancienne poche "réveillée" (voir photos).

Le bilan biologique et parasitologique donne les résultats suivants : GB = 29500/mm<sup>3</sup> dont 83% de polynucléaires neutrophiles. VS à 105 mm à la première heure et 129 à la seconde heure. Transaminases et bilirubines normales, le TP est à 86%, examen parasitologique des selles négatif.

La sérologie amibienne est fortement positive (1/1024ème) la colonoscopie effectuée à la recherche de gîtes amibiens est normale.

Le cliché de l'abdomen sans préparation demandé devant la douleur et la distension abdominales est normal.

La radiographie pulmonaire montre un épanchement dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique droit ; un aspect de fibrose de la base droite. La coupole droite est surélevée.

Le traitement au tinidazole est entrepris à raison de 2 g/jour pendant 3 jours consécutifs.

L'évolution clinique immédiate est favorable, le patient sort à la 72ème heure à sa demande pour être suivi en externe. La température est à 37°8C au 7ème jour. Le malade n'est plus fébrile au 15ème jour. La douleur, modérée au 7ème jour est absente à partir du 15ème jour. La taille du foie, après une régression progressive se stabilise à 14 cm même au delà du 30ème jour. Biologiquement les globules blancs sont à 22400/mm<sup>3</sup> au 7ème jour ; à 10800 au 15ème jour et à 9600 au 30ème jour. La vitesse de sédimentation aux jours correspondants varie de 123 mm à la première heure ; 98 mm puis 91 mm à la première heure. Une numération formule effectuée 5 mois après montre 7000 globules blancs par mm<sup>3</sup> avec une VS à 55 mm à la première heure.

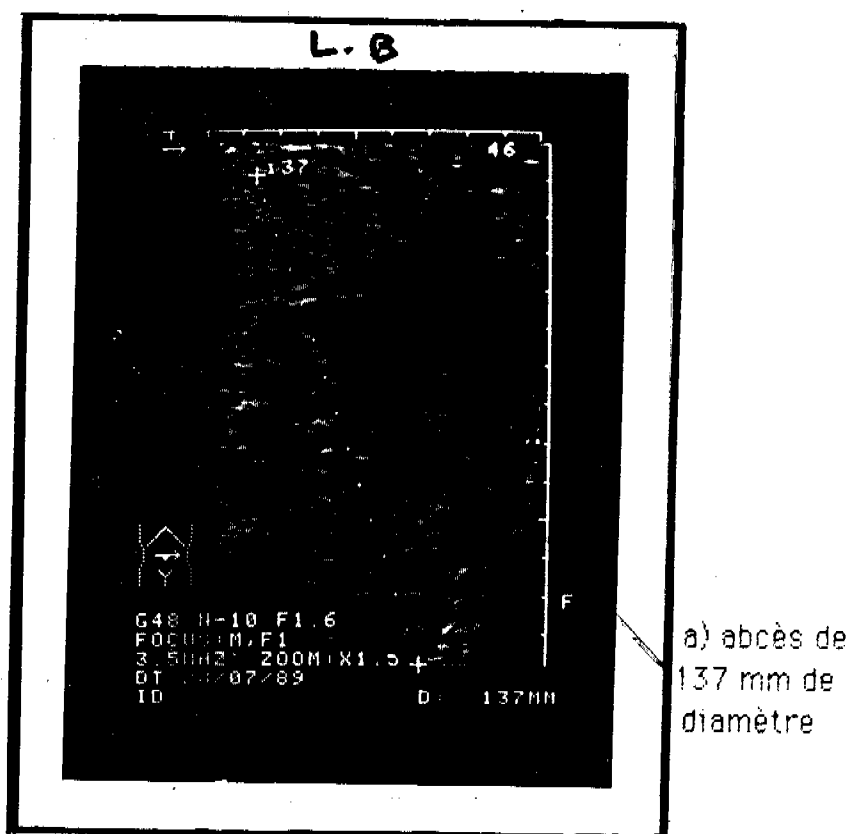
La sérologie amibienne reste toujours positive au 1/1024ème. L'évolution échographique montre les résultats suivants :

27/07/89 les abcès mesurent respectivement : 34 mm ; 105 mm et 132 mm de grand diamètre. L'aspect échographique est peu satisfaisant. Le 3/08/89 une deuxième cure de 3 jours est instaurée. Le 17/08/89 l'hépatomégalie persiste ; on entreprend une troisième cure de tinidazole. Le patient est revu le 5/10/89 ; l'aspect échographique des abcès est satisfaisant. Ils mesurent 25 mm/19 mm ; 69 mm/64 mm ; 112 mm/83 mm. Le plus petit a tendance à s'enkyster. Le 9/11/89 le malade est revu pour contrôle échographique on observe alors des aspects de reconstructions parenchymateuses intracavitaires. L'abcès moyen mesure

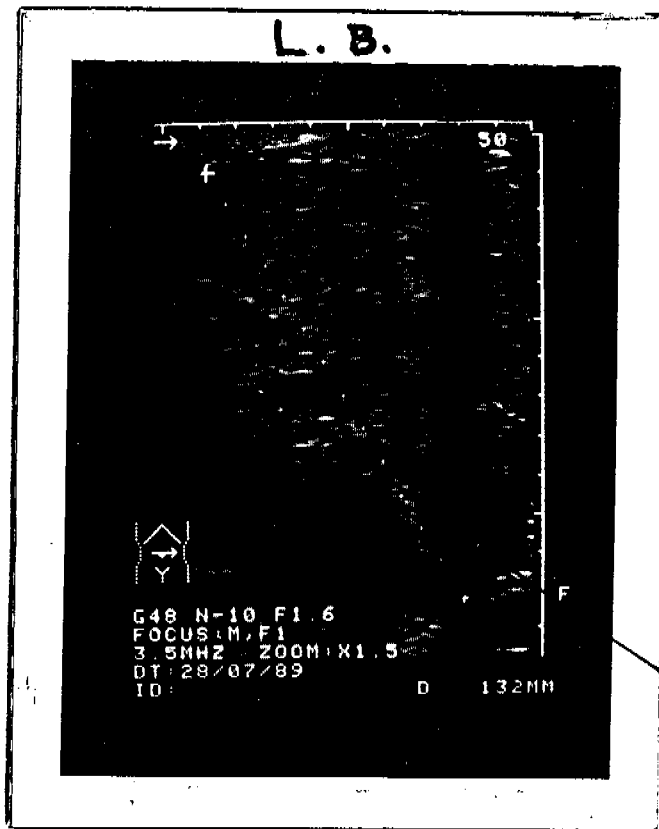
70 mm de grand diamètre ; le plus gros conserve en forme de croissant, une image hypoéchogène à sa partie supérieure et mesure 17 mm. (voir photos).

Conclusion : abcès amibiens multiples du foie "récidivant" après un traitement bien conduit au métronidazole. Son évolution sous tinidazole est bonne.

Ce patient est guéri après 3 cures discontinues de tinidazole justifiées par les arguments biologiques, échographiques et surtout par la persistance de l'hépatomégalie.

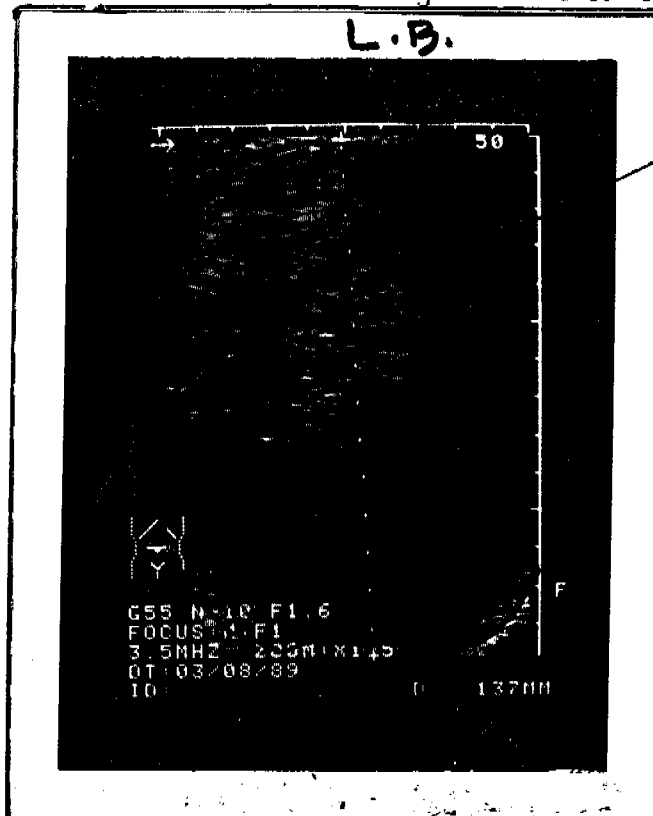


Obs n° 6 : Visualisation d'un gros abcès hypoéchogène au lobe droit



b) Abscès de 132 mm de diamètre

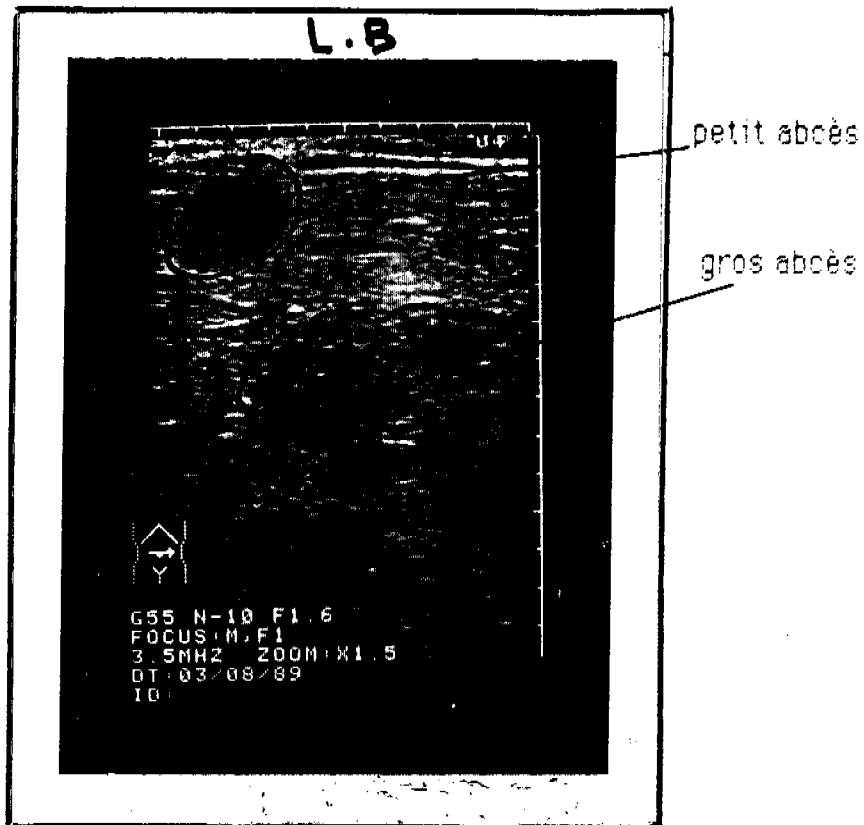
Obs n° 6 : Visualisation du deuxième gros abcès du lobe droit



gros abcès

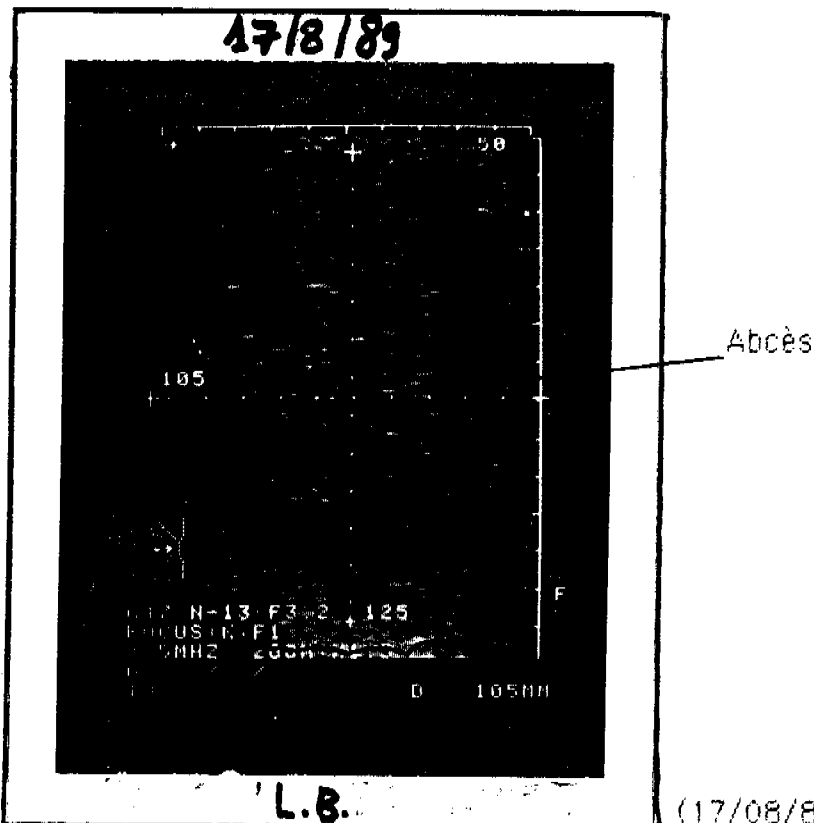
Obs n° 6 : a) Abscès du lobe droit franchement hypoéchogène dépassant 137 mm de diamètre.



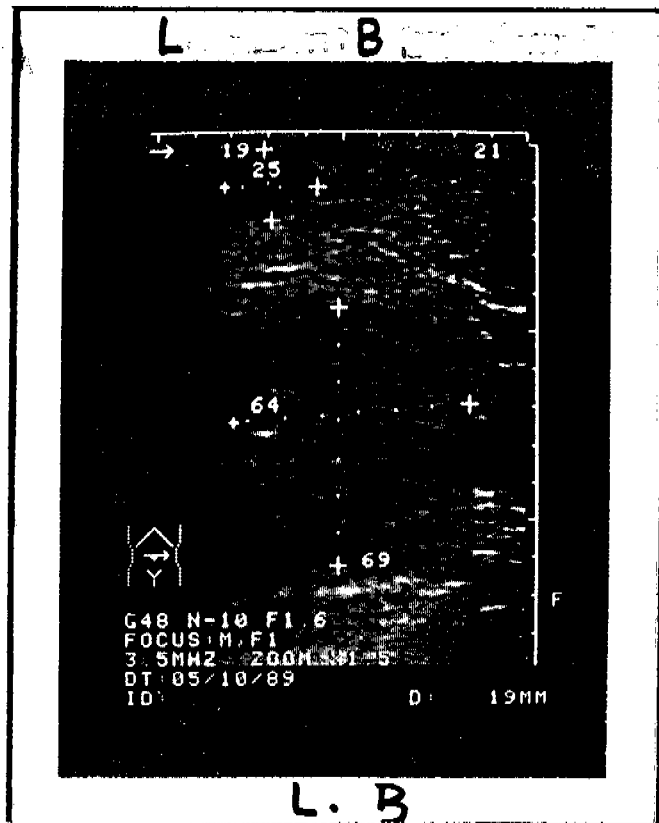


Obs n° 6 : b) Présence de 2 abcès dont le plus grand est d'échostructure non homogène semble être le siège de l'ancienne poche réveillée

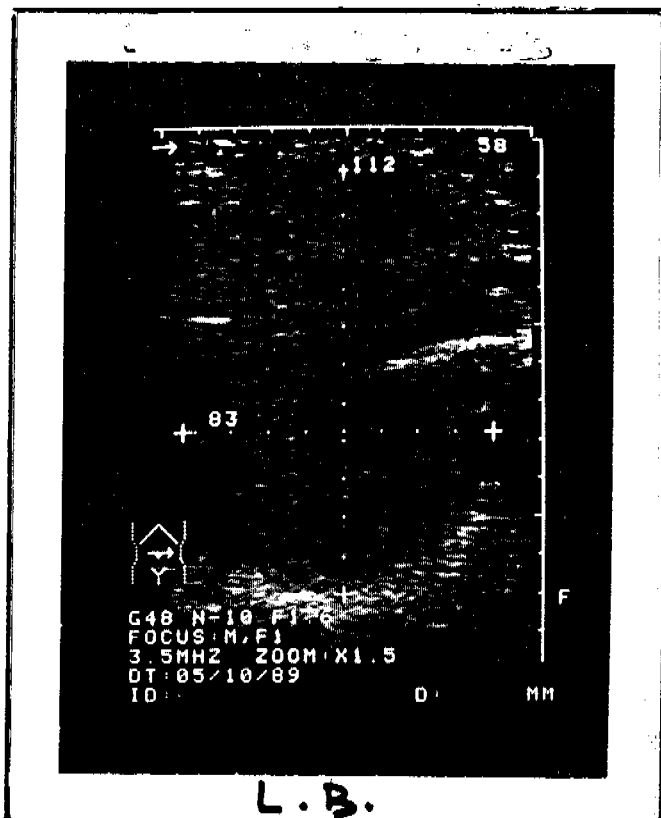
OBS N° 6 : Amibiase hépatique récidivant dont l'évolution est peu satisfaisante par rapport à l'image du 28/07/89.



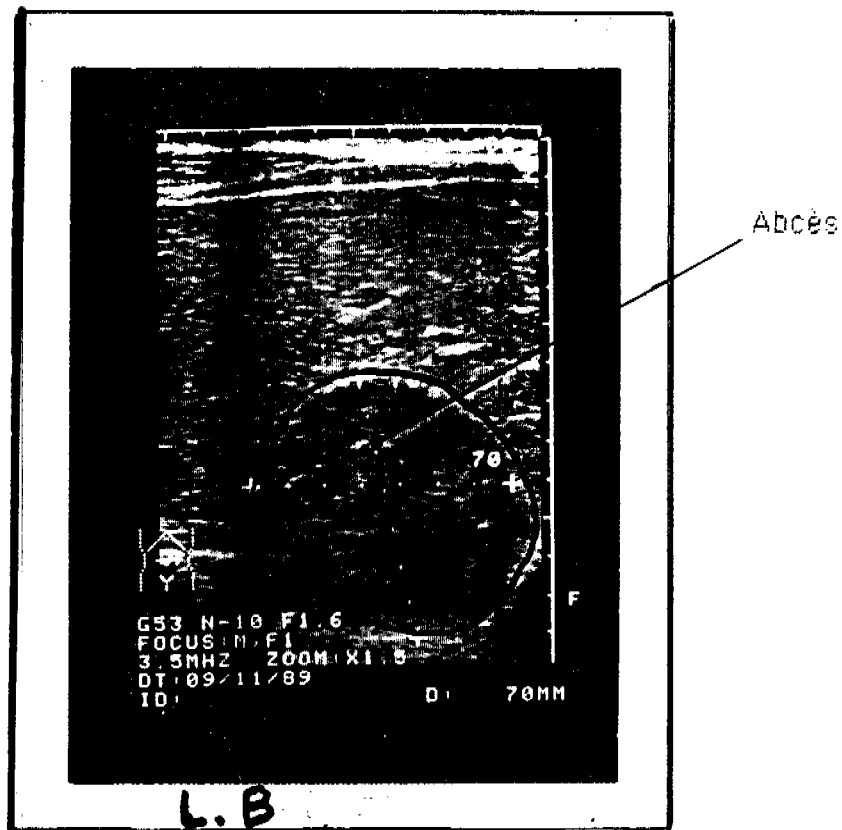
Obs n° 6 : volumineux abcès du lobe droit dépassant 125/105 mm de diamètre. (17/08/89)



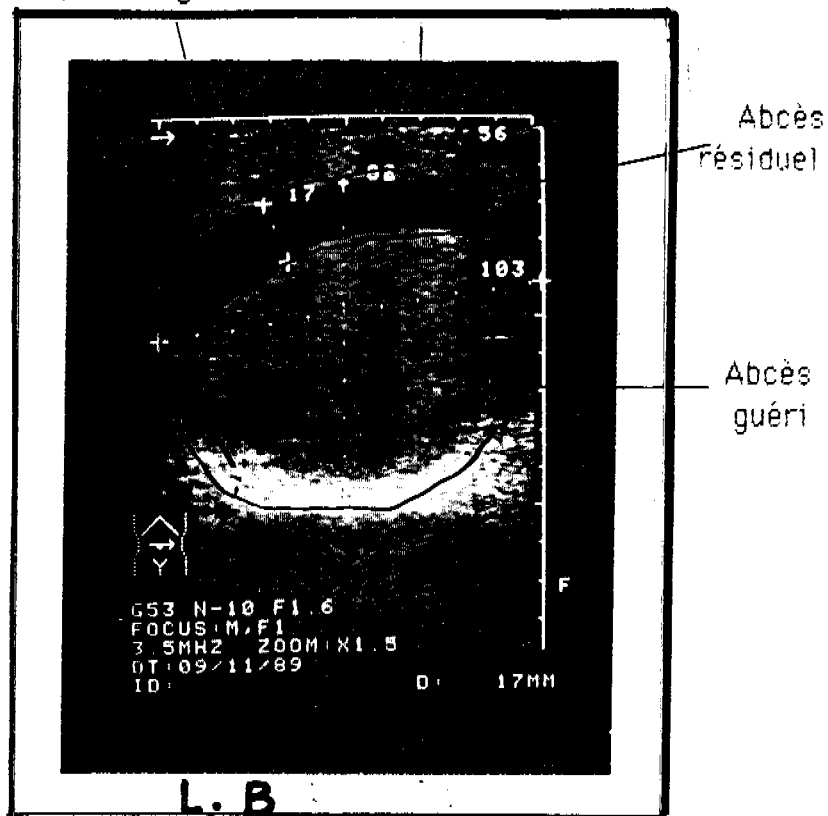
Obs n° 6 : a) Remarquer un gros abcès de 69/64 mm et un petit de 25/19mm



Obs n° 6 : b) Aspect hypoéchogène de 112/83 mm. Son aspect est homogène  
OBS N° 6 : Evolution satisfaisante des 3 abcès du lobe droit au 5/10/89



Obs n° 6 : a) Abscès du lobe droit d'échostructure hypoéchogène avec image de reconstruction du parenchyme



Obs n° 6 : b) autre abcès du lobe droit dont seul le cadran supérieur reste liquidien et mesure 17 mm de large

Obs N° 6 : Evolution Echographique satisfaisante avec reconstruction du parenchyme hépatique environ 5 mois après le traitement (9/11/89)

**Observation N° 7 :**

Mr. A. F.S. 18 ans, Bambara, élève, est admis le 14/10/89 pour hyperthermie, douleur de l'hypocondre droit, constipation, asthénie et vomissements.

L'examen montre une hépatomégalie modérée de 14,5 cm de hauteur, elle est douloureuse à la palpation et à l'ébranlement. La température est à 39°C.

L'examen pulmonaire est normal. L'état général est altéré. Dans les antécédents on note une diarrhée 1 mois au paravant.

L'échographie révèle un abcès de 44 mm/35 mm au lobe droit du foie. Le bilan biologique et parasitologique a comme résultats :

GB = 12500/mm<sup>3</sup> dont 68% de polynucléaires neutrophiles.

VS = 95/105 mm, transaminases normales, bilirubinémie élevée à 30 µmol/l. L'examen parasitologique des selles est négatif. Le taux de prothrombine est à 71%.

La sérologie amibienne est positive à 1/1024ème.

La radiographie pulmonaire est normale.

Le traitement de 3 jours est entrepris au tinidazole = 2 g/jour.

L'évolution clinique est excellente, la fièvre tombe en 48 heures.

L'hépatomégalie n'est plus palpée au 7ème jour. La douleur disparaît avant le 15ème jour.

Biologiquement les globules blancs se normalisent dès le 7ème jour de même que la vitesse de sédimentation globulaire.

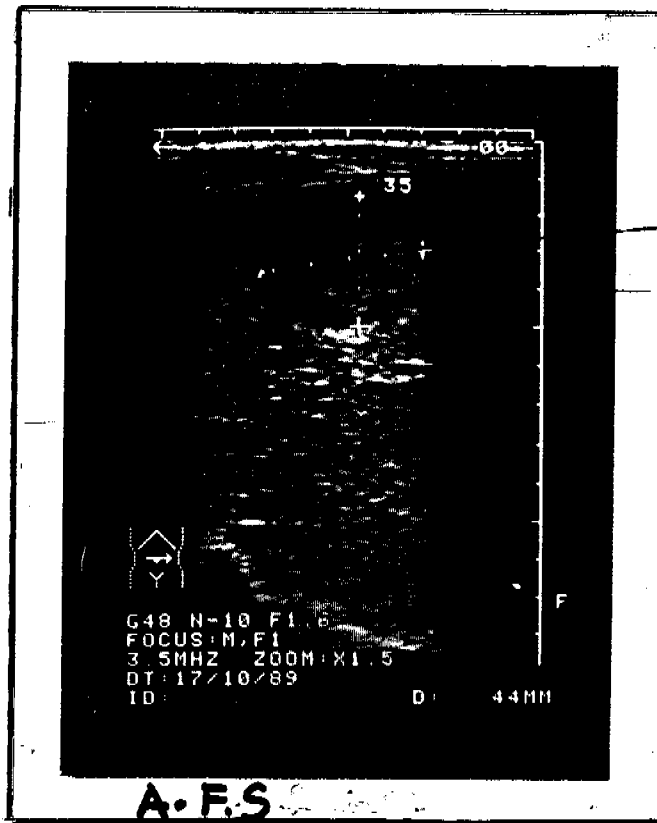
La bilirubinémie et les transaminases sont normales.

La sérologie amibienne reste toujours positive.

Sur le plan échographique l'abcès mesure au 7ème jour 38mm/25 mm, au 15ème jour seul son centre est liquidien et mesure 21 mm, au 30ème jour sa taille est de 17 mm.

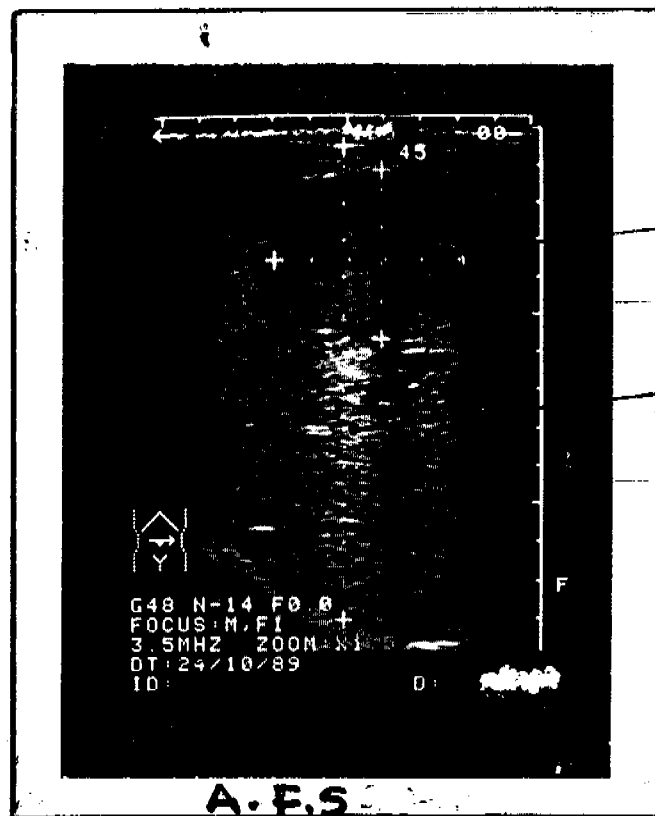
Conclusion : abcès amibien du foie d'évolution excellente sous tinidazole.

Foie



Abscès

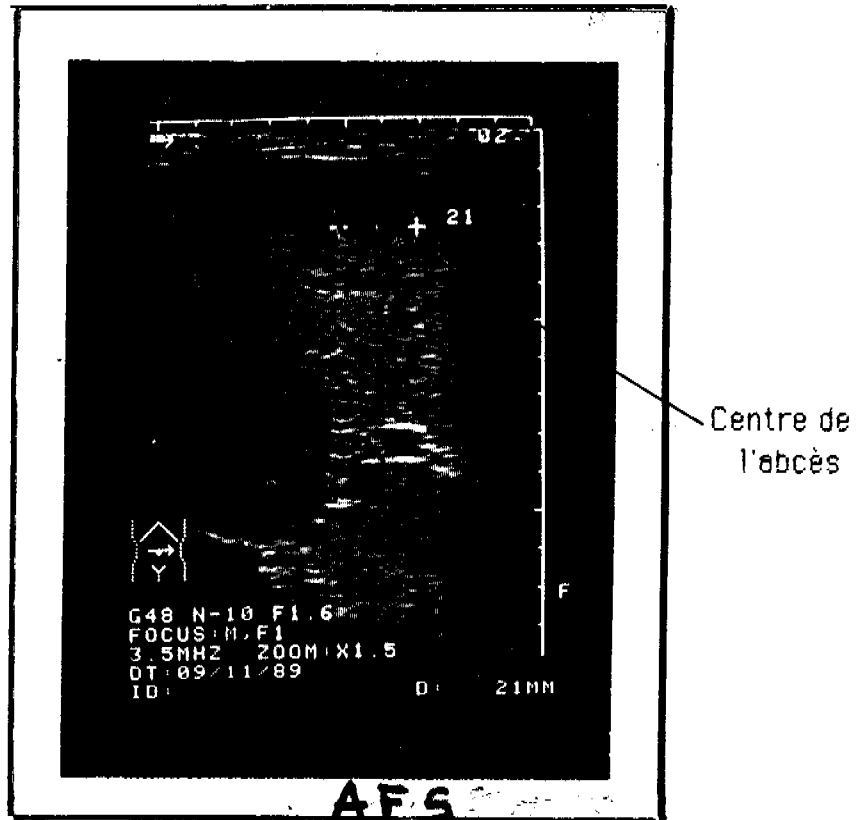
Obs n° 7 : Vue intercostale du lobe droit montrant un abcès de 44/35 mm (l'ombre costale masque la limite interne).



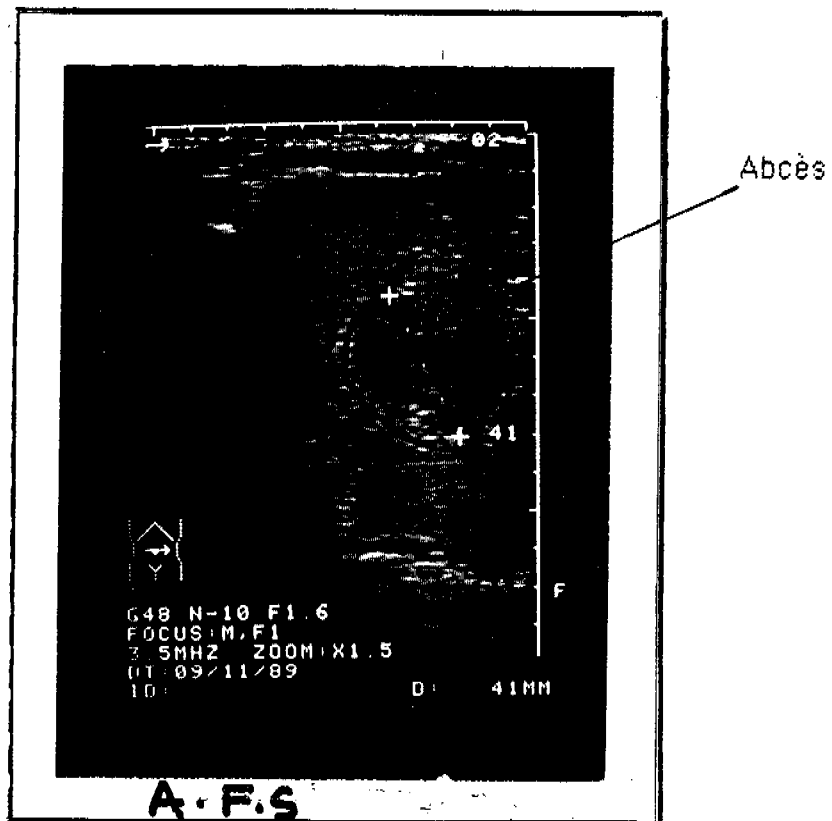
Abscès

Foie

Obs n° 7 : Abscès du lobe droit une semaine après le traitement ; la taille est de 45 mm



Obs n° 7: a) Remarquer le centre de l'abcès franchement hypoéchogène de 21 mm



Obs n° 7: b) Absès mesurant 41 mm de grand diamètre avec reconstruction du parenchyme hépatique.

**Observation N° 8 :**

Mr. A.M. 27 ans, Sonraï, employé de commerce, est reçu le 29/10/89 pour fièvre, asthénie et douleur de l'hypocondre droit.

L'examen note un gros foie de 18 cm de hauteur, il est douloureux spontanément et à la palpation. L'ébranlement est insupportable. La température est de 40°C. L'état général est altéré et il existe un ictère.

Dans ses antécédents, existe un syndrome dysentérique il y a 7 ans ; une notion d'œnolisme est retrouvée.

L'échographie faite le 2/11/89 montre un abcès de 91 mm sur 87 mm au lobe droit du foie.

Le bilan biologique et parasitologique est le suivant :

GB = 18000/mm<sup>3</sup> dont 80% de polynucléaires neutrophiles.

VS = 35/77 mm

Bilirubinémie à 17 µmol/l

Transaminases peu élevée GOT = 87 UI/ml et GPT = 47 UI/ml.

L'examen parasitologique des selles est négatif.

La sérologie amibienne est fortement positive à 1/1024ème.

La radiographie pulmonaire est normale en dehors de la surélévation de la coupole droite.

Le traitement amœbicide est à base de tinidazole 2 g/jour pendant 3 jours consécutifs.

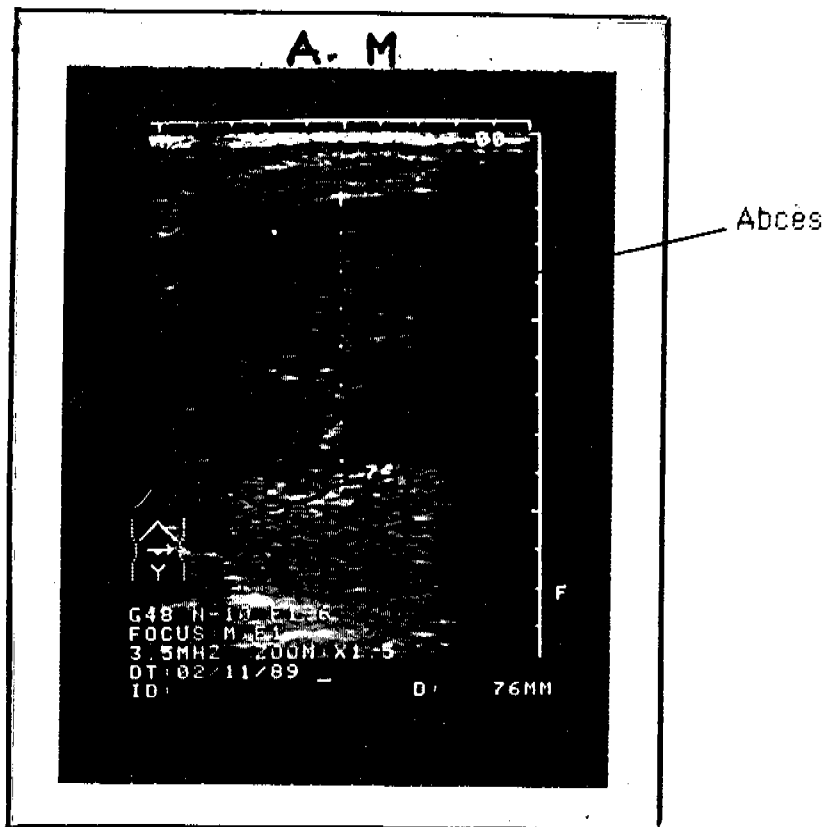
L'évolution clinique immédiate est peu satisfaisante.

La température est à 37,9°C au 7ème jour ; 37,6°C au 15ème jour, elle tombe à 37°C le 30ème jour. La douleur importante le 7ème jour disparaît à partir du 15ème jour.

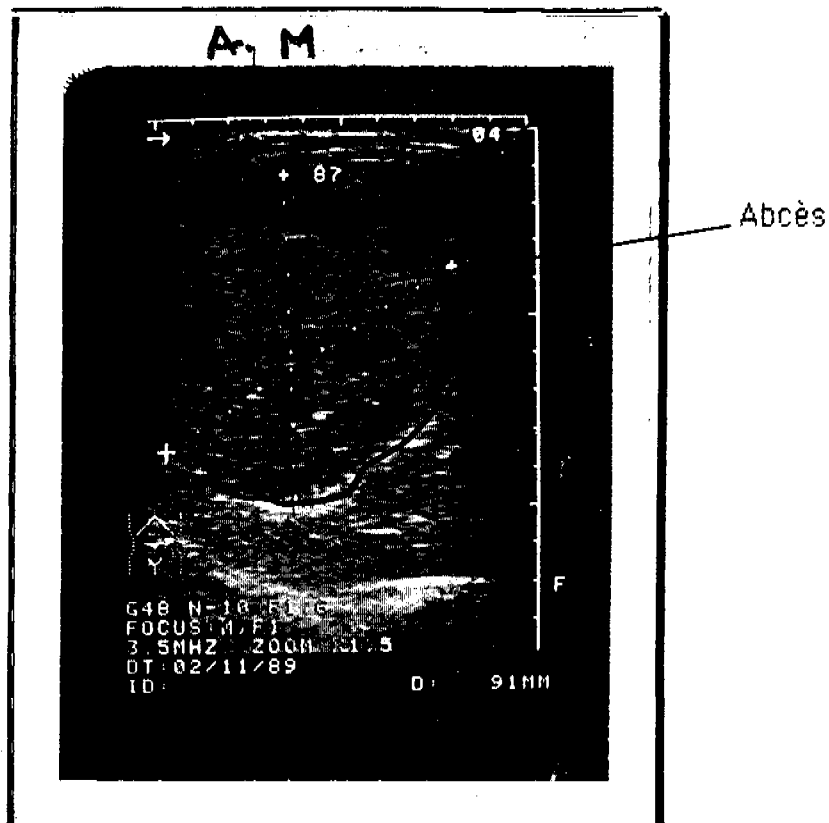
Quant à la taille du foie, elle ne se normalise qu'au 15ème jour.

Biologiquement l'hyperleucocytose n'est plus notée à partir du 7ème jour. La VS est à 20/42mm puis à 25 mm/55 mm le 30ème jour. Les transaminases sont normales. Sur le plan échographique pas de changement de la taille de l'abcès au 7ème jour. Cet argument associé à la persistance de la douleur au 7ème jour motivent l'instauration d'une 2ème cure de tinidazole pendant 3 jours. Au 15ème jour l'abcès mesure 83/80 mm et au 30ème jour sa taille est de 56/47 mm. L'échostructure montre un aspect de reconstruction du parenchyme. (voir photo).

**Conclusion :** abcès amibien du foie avec guérison obtenue sous 2 cures de tinidazole.



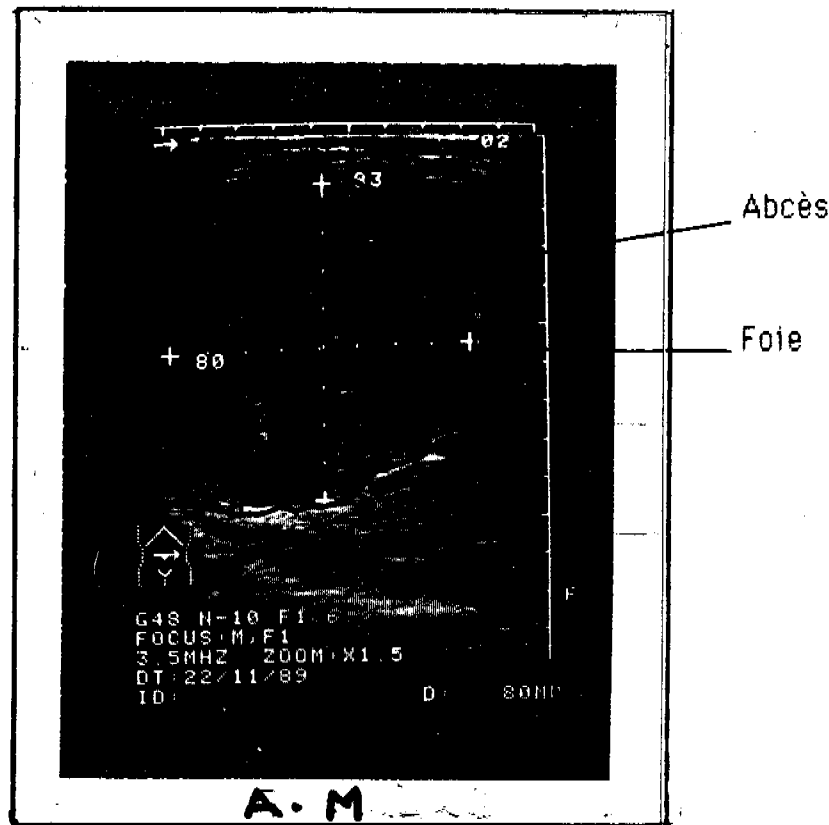
Obs n° 8 : a) Vue intercostale du foie montrant un abcès franchement hypoéchogène de 76 mm



Obs n°8 : Vue sous costale montrant un abcès de 91/87 mm

OBS N°8 : Absès du lobe droit d'échostructure hypoéchogène sans paroi (2/11/89)





Obs n°8 : Régression de la taille de l'abcès (83/80 mm) ; l'échostructure est hypoéchogène 3 semaines après le traitement

### Observation N°9 :

Mme M.S. 23 ans, Peulh, ménagère, est reçue le 14/11/89 pour diarrhée, douleur de hypocondre droit diffuse à tout l'abdomen ; dyspnée, fièvre et vomissements.

L'examen met en évidence un gros foie de 16 cm de hauteur, douloureux. La température est à 38°C. L'examen pulmonaire est normale, son état général est peu altéré.

Il n'y a pas d'antécédent dysentérique.

L'échographie effectuée à l'admission ne montre pas d'abcès.

La laparoscopie est pratiquée et montre un gros foie congestif non spécifique, sans abcès.

Le bilan biologique et parasitologique révèle :

une hyperleucocytose à 22500/mm<sup>3</sup> avec 80% de polynucléaires neutrophiles. La VS est accélérée 109 mm à la première heure et 115mm à la 2ème heure. La fonction hépatique est normale.

L'examen parasitologique des selles est négatif.

La sérologie amibienne est positive au taux initial de 1/512ème.

La radiographie pulmonaire est normale en dehors de la surélévation de la coupole diaphragmatique droite.

Le traitement est entrepris au tinidazole 2 g/Jour pendant 3 jours consécutifs.

L'évolution clinique est satisfaisante, la fièvre et l'hépatomégalie disparaissent avant le 7ème jour. La douleur présente une symptomatologie de colique néphrétique et la seconde échographie découvre une hydronéphrose droite. Une urographie intraveineuse révèle un calcul dans l'uretère lombaire droit qui est opéré.

Biologiquement les GB sont à 17100/mm<sup>3</sup> au 7ème jour ; à 5200/mm<sup>3</sup> au 15ème jour et à 11700/mm<sup>3</sup> le 30è jour (la patiente étant opérée de son calcul de l'uretère lombaire droit).

La vitesse de sédimentation au 7ème jour est 115 mm/120 mm ; 82 mm/107 mm au 30ème jour.

La sérologie amibienne revient au taux de 1/128ème.

Sur le plan échographique aucune image de collection intrahépatique n'est décelée aux jours suivants son admission ; la taille du foie est normale.

Conclusion : hépatite amibienne avec regression spectaculaire de l'hépatomégalie sous tinidazole. Lithiase urétérale droite opérée.

#### **Observation N°10 :**

Mr. S.B., 40 ans, Peulh, gardien d'ambassade, est reçu dans le service le 30/11/89 pour douleur de hypocondre droit, amaigrissement, toux et fièvre.

L'examen montre une hépatomégalie de 16,5 cm de hauteur, douloureuse à la palpation et à l'ébranlement. La température est à 38°1C. L'auscultation pulmonaire note de fins râles crépitants à la base droite, avec submatité à la percussion.

Il existe une pleur conjonctivale.

Dans ses antécédents on note une diarrhée glairo-sanguinolante dans les 6 mois précédant l'hépatalgie.

L'échographie du 6/12/89 montre un abcès de plus de 129 mm de grand diamètre sur 115 mm, siégeant au niveau du segment IV du lobe droit. La ponction exploratrice sous échographie ramène du pus chocolat.

Le bilan biologique et parasitologique donne les résultats suivants : globules blancs à 9500/mm<sup>3</sup> avec 70% de polynucléaires neutrophiles. La vitesse de sédimentation est accélérée 120 mm/125 mm.

L'examen parasitologique des selles est négatif. Le bilan fonctionnel hépatique est normal.

La sérologie amibienne est fortement positive à 1/1024ème.

L'examen radiologique des poumons montre une surélévation de la coupole diaphragmatique droite avec diminution de la transparence de la base droite.

Le traitement amœbicide utilise le tinidazole à raison de 2 g/jour pendant 3 jours consécutifs.

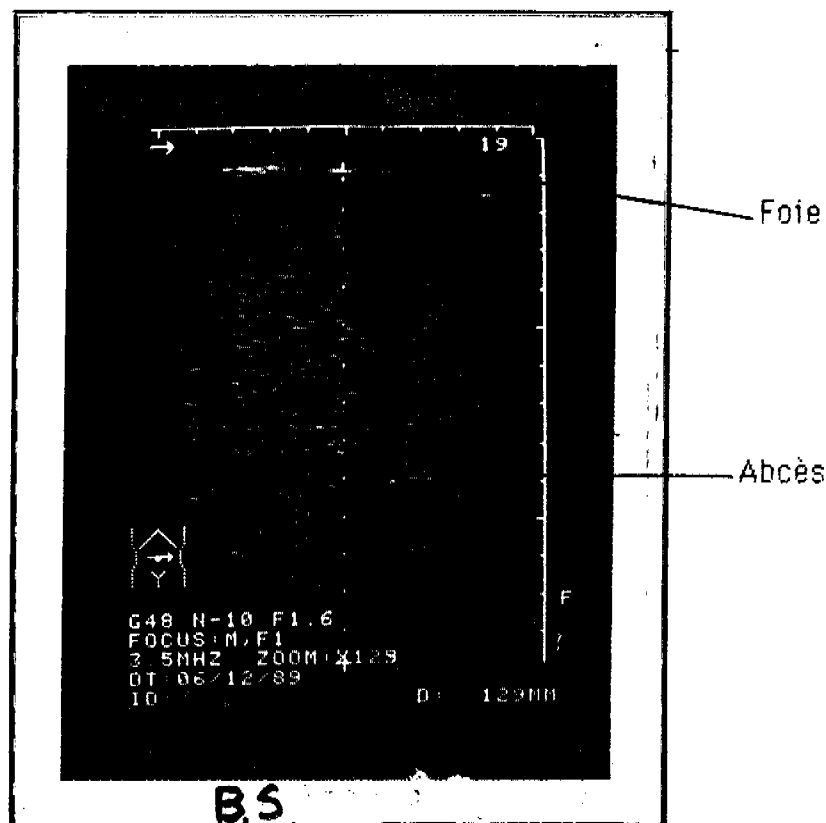
L'évolution est cliniquement satisfaisante ; en 72 heures la fièvre et la douleur disparaissent. La taille du foie est de 14 cm au 7ème jour et n'est plus palpable au 15ème jour.

Sur le plan biologique la vitesse de sédimentation reste toujours accélérée au 7ème jour. Au 15ème jour elle est à 35 mm à la première heure.

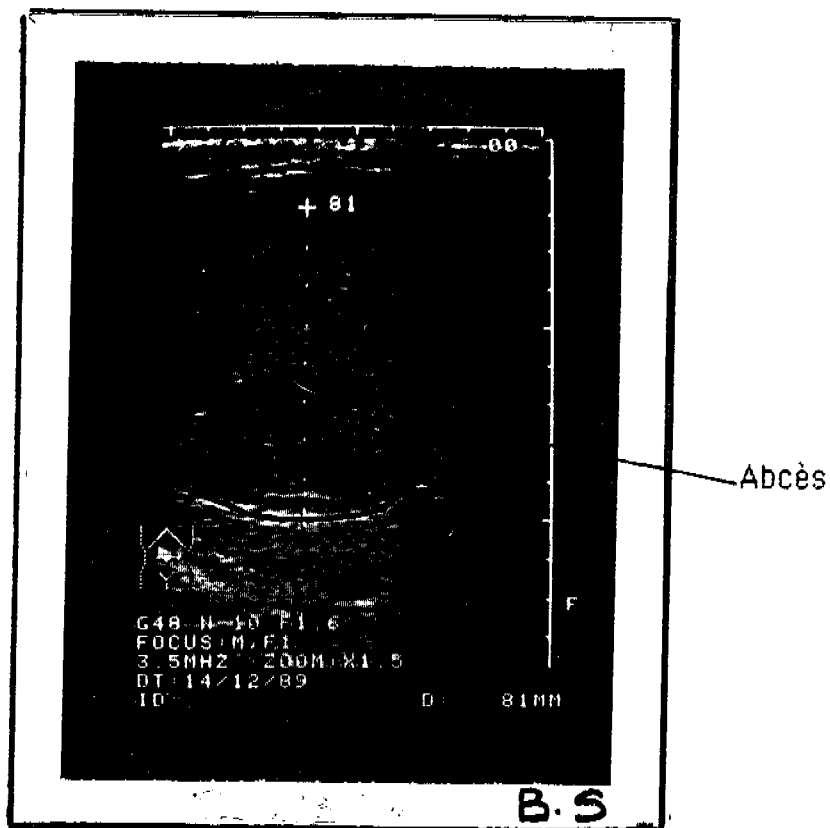
La sérologie amibienne est toujours positive à 1/1024ème.

L'échographie montre une bonne évolution des images de l'abcès. Au 7ème jour il mesure 105 mm de grand diamètre sur 87 mm ; au 15ème jour sa taille est de 90 mm/83 mm et au 30ème jour elle n'est que de 60 mm de grand diamètre mais d'échostructure anéchogène.

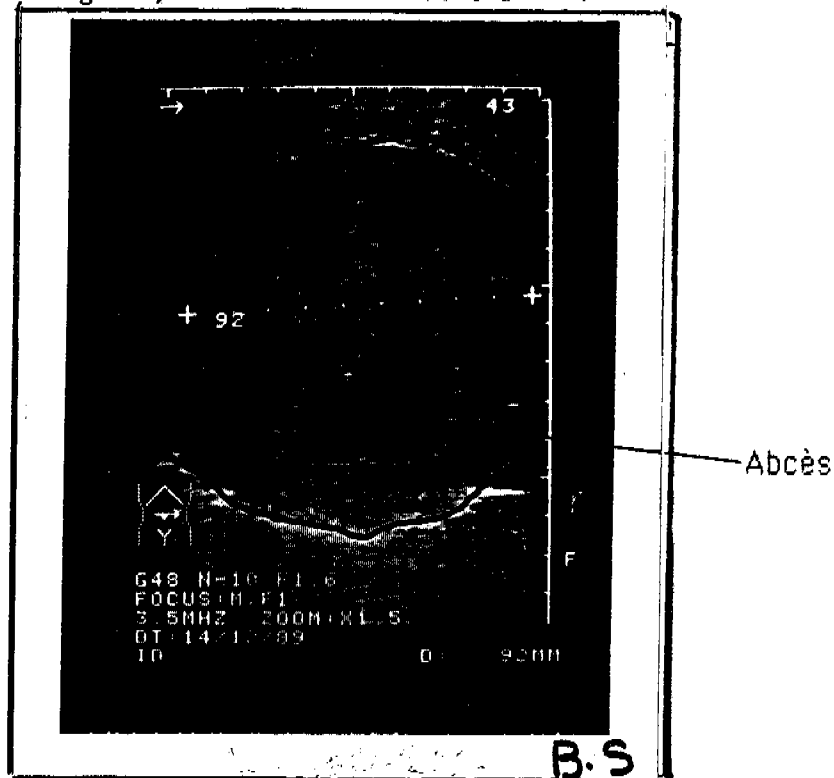
Conclusion : abcès amibien géant du lobe droit guérissant sous tinidazole.



Obs n°10 : Volumineux abcès du lobe droit franchement hypoéchogène de plus de 129 mm de grand diamètre (6/12/89)



Obs n°10 : a) Vue intercostale de l'abcès, son échostructure est franchement hypoéchogène, son diamètre mesure 81 mm



Obs n°10 : b) Vue sous costale montrant un volumineux abcès de 92 mm de grand diamètre

OBS N°10 : Evolution satisfaisante de l'aspect échographique ; remarquer la regression importante de la taille de l'abcès une semaine après le traitement (14/12/89).

### **b) Caractères Epidémiologiques Généraux.**

- **Sexe** : La série étudiée regroupe 9 cas masculins pour 1 cas féminin ; soit environ 90% d'hommes.

- **Age** : l'âge moyen des patients se situe aux environs de 34 ans avec les extrêmes allant de 18 ans à 51 ans (Tableau 2)

AGE	NOMBRE DE CAS	%
0 - 11 ANS	0	0
11 - 21 ANS	1	10
21 - 31 ANS	3	30
31 - 41 ANS	5	50
41 - 51 ANS	1	10
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**80%**

**Tableau 2** : Répartition par tranche d'âge.

#### **- Ethnie :**

Bambara = 2 cas

Malinké = 2 cas

Peulh = 2 cas

Sarakolé = 1 cas

Sonraï = 1 cas

Européen = 2 cas

#### **- Catégorie socio-professionnelle :**

La série est très hétérogène, chaque cas correspondant à une profession. Le niveau de vie est globalement modeste.

- **Lieu de résidence** : Tous les patients habitent Bamako.

- **Notion d'œnolisme** : Elle est retrouvée chez 3 patients (obs n° 4, 6, 8).

### **C) Caractères Cliniques**

Tous les cas cliniques nous sont adressés soit pour bilan de fièvre accompagnée de douleur de l'hypocondre droit et/ou abdominale ; soit pour bilan d'une hépatomégalie fébrile ; avec souvent leucocytose. La clinique révèle dans tous les cas une hépatomégalie modérée ou importante (tableau 3). L'ictère est associé au tableau clinique dans 3 cas (obs n° 1, 5, 8). 2 fois les patients sont reçus dans un tableau de syndrome péritonéal aigu (obs n° 6 et 9). La détresse respiratoire est notée dans 2 cas (obs n° 1 et 3). L'interrogatoire retrouve un antécédent plus ou moins lointain de syndrome dysentérique ou diarrhéique dans 80% des cas ; dans 1 cas il y a un antécédent d'amibiase hépatique prouvé (obs n° 6).

SIGNES CLINIQUES	NOMBRE DE CAS
- Triade de FONTAN	10
- Fièvre	
- Douleur	
- Hépatomégalie	
- Diarrhée	2
- Ictère	3
Détresse respiratoire	2
Syndrome Péritonéal aigu	2

**Tableau 3 :** Signes cliniques au cours du bilan d'entrée

#### **d) Caractères Biologiques et Immunologiques**

La vitesse de sédimentation à la première heure est trouvée :

- supérieure à 100 mm = 4 fois
- entre 50 mm et 100 mm = 5 fois
- inférieure à 50 mm = 1 fois (obs n° 8)

L'hémogramme montre une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile dans 7 cas, une hyperleucocytose avec polynucléaires neutrophiles normales dans 1 cas (obs n° 1). Dans 2 cas il n'existe pas d'hyperleucocytose (obs n°3 et n° 10).

Les transaminases sont normales dans 8 cas, modérément élevées dans 1 cas (obs n° 8) et franchement augmentées dans 1 cas (obs n° 1). Le taux de prothrombine est toujours normal. La bilirubinémie est peu élevée dans 2 cas (obs n° 7 et 8) elle est très élevée dans 1 cas (obs n° 1)

L'examen parasitologique des selles est négatif dans tous les cas. (l'amibe ou son kyste ne sont jamais mis en évidence). La biopsie de la muqueuse rectale pratiquée 8 fois, révèle la présence d'œufs de schistosome dans 6 cas. La sérologie amibienne est fortement positive au 1/1024ème dans 9 cas et au 1/512ème dans 1 cas (obs n° 9) (tableau 4).

N°	GLOBULES BLANCS/mm <sup>3</sup>	POLY NEUTRO PHILES %	VS 1ère H 2ème H mm	TRANSA GOT/GPT UI/ml	BILIRUBINE µmol/l	TCK ou TP %	S.A.* 1/1000	EXAMEN PARA SITO SELLES	BMR*
1	26900	14	75 - 110	390/230	63,4	100	1024	-	-
2	32000	71	75 - 90	10/20	5,6	86	10024	-	+
3	7600	51	131-140	36/44	26	41,5	10024	-	+
4	23000	88	82 - 102	16/23	6	86	10024	-	NF
5	15600	66	90 - 110	37/18	6,2	88	10024	-	+
6	29500	83	105 - 129	20/12	3	86	10024	-	NF
7	12500	68	95 - 105	31/19	30	71	10024	-	+
8	18000	80	35 - 77	87/47	17	77	10024	-	-
9	22500	80	109 - 115	8/7	16	67	512	-	+
10	9500	70	120 - 125	34/13	4	100	10024	-	+

\* BMR = Biopsie de la muqueuse rectale

\* SA = Sérologie Amibienne

**Tableau 4 :** Caractères biologiques et immunologiques à l'admission.

### **e) Aspects Echographiques et Radiologiques**

L'échographie est réalisée dans les 10 cas ; elle révèle dans 9 cas la présence de collections abcédées intra-hépatiques. Dans 1 cas il n'existe pas d'abcès : cas de l'hépatite amibienne (obs n° 9)

- L'aspect des abcès est hypoéchogène 7 fois sur 9 cas
- L'échostructure mixte est notée 1 fois : liquidien et tissulaire (obs n° 5)

- dans 1 cas une échostructure liquidienne et gazeuse est observée (obs n° 6)

- 2 abcès siègent au lobe gauche et 9 au lobe droit

- Il n'existe pas de double localisation (lobe droit, lobe gauche)

- L'abcès multiple est noté une seule fois (obs n° 6)

Au total on note 11 abcès pour 9 patients.

La taille des abcès varie entre 3,3 cm et 13,7 cm de grand diamètre. Le diamètre moyen est de 9,46 cm

5 abcès ont plus de 10 cm de diamètre

2 abcès dépassent 9 cm de grand diamètre

4 abcès ont un grand diamètre inférieure à 9 cm.

Il ressort de cette analyse que plus de la moitié des abcès sont plus grands que 9 cm de taille. (abcès géants).

La radiographie thoracique réalisée chez tous les patients montre :

- une réaction pleurale 2 fois

- une pleuresie purulente 1 fois

- la coupole droite est surelevée 4 fois

- dans 1 cas la transparence pulmonaire de la base droite est diminuée.

- dans 1 cas il existe une fibrose de la base du poumon droit (obs n° 6)

- chez 4 malades la radiographie thoracique est normale.

### **f) Thérapeutique**

Le traitement est exclusivement médical chez 9 patients. Dans 1 cas la ponction est faite sous échos (obs n° 3). Le tinidazole est le seul amœbicide utilisé chez tous nos patients à raison de 2 g/jour pendant 3 jours ou plus selon l'évolution clinique (tableau 5).

Aucun effet secondaire n'est signalé dans toute la série étudiée. Aucun abandon de traitement n'est enregistré. Un patient a reçu 3 cures soit une durée de 9 jours discontinus (voir obs n° 6). Pour 2 patients la durée du traitement atteint 6 jours l'un a, en plus de l'abcès une pleurésie purulente et l'autre un terrain d'ethylisme.

DUREE DU TRAITEMENT	NOMBRE DE PATIENTS	%
3 jours	7	70%
6 jours	2	20%
Plus de 6 jours	1	10%

**Tableau 5 :** Répartition des patients selon la durée du traitement.

### **g) Caractères Evolutifs**

L'évolution est favorable dans 100% des cas, tous les patients sont guéris sous traitement médical au tinidazole.

- La normalisation clinique est jugée selon l'évolution de la triade de FONTAN après le traitement.

\* La fièvre disparaît : avant 3 jours 5 fois ; avant 7 jours 3 fois ; avant 15 jours 1 fois et au 30ème jour 1 fois.

\* La douleur disparaît : avant le 3ème jour 2 fois ; avant le 7ème jour 3 fois ; avant le 15ème jour 4 fois et au 30ème jour 1 fois

\* L'hépatomegalie n'est plus notée au bout de 3 jours : 0 fois ; au bout de 7 jours 6 fois ; au bout de 15 jours 3 fois ; au bout de 30 jours 1 fois (obs n° 6).

Il ressort de cette analyse que la fièvre disparaît avant le 7ème jour dans 80% des cas. La douleur dans 50% des cas et l'hépatomegalie dans 60% des cas.

- La normalisation biologique est jugée par l'évolution des GB et de la VS ; la sérologie amibienne étant positive jusqu'au delà du 30ème jour.

. Les GB se normalisent au 15ème jour dans 8 cas et dans 2 cas après le 30ème jour.

. La VS se normalise au 15ème jour dans 5 cas et dans 3 cas après le 30ème jour.

- L'amélioration des aspects échographiques est dans la majorité des cas obtenue à la fin du traitement tant sur le plan de la taille que sur le plan d'échostructure des abcès. Mais les aspects de guérisons ne peuvent être décrits de façon globale, le suivi des patients étant fait sur une période courte chez la plupart des patients.



**CHAPITRE IV**

**DISCUSSION**

**NOS CONSTATATIONS EPIDEMIOLOGUES** concordent avec les données de la littérature récente.

La prédominance masculine des abcès amibiens du foie est de 90% dans notre série (9 hommes pour 1 femme). Ce résultat correspond à celui de DUFLO à Bamako (34), il est aussi comparable à celui de UDIMBA à Dakar (102). Par contre l'étude d'AGBETRA au Togo montre un rapport femmes/hommes voisin de 1/2 (16 femmes pour 38 hommes) (1). Il en est de même pour CAPDEVIELLE à Yaoundé (8 femmes pour 15 hommes) (15). La tranche d'âge la plus concernée dans notre série se situe entre 31 et 41 ans (50%). Si on élargit la fourchette de 21 à 41 ans, ce taux atteint 80% de l'échantillon. Ces résultats sont comparables à ceux de plusieurs auteurs africains et français : SOW à Dakar (98), CONDAT à Abidjan (24) et CAPDEVIELLE à Yaoundé (15). Par contre il n'y a pas de prédominance pour telle ou telle tranche d'âge dans l'étude de HAMAR à Bamako (47). L'abcès amibien du foie est rare avant 20 ans. 2 à 7% selon les auteurs et les pays, mais l'observation faite uniquement en milieu adulte peut être un biais de recrutement.

La plupart de nos patients ont un niveau de vie modeste ; la notion d'œnologie n'est certaine que chez 3 de nos malades. CONDAT à Abidjan observe au cours des abcès amibiens 1 cas sur 2 d'alcoolisme (24). Selon DINE en Nouvelle Calédonie la fréquence de l'intoxication alcoolique au cours des abcès amibiens en zone tropicale est de 25% (31). Ce taux est plus élevé (53,6%) pour CONDAT (24).

**DU POINT DE VUE CLINIQUE**, la triade de FONTAN (gros foie, fièvre et douleur) est retrouvée dans 100% des cas de notre série. Pour CONDAT elle est retrouvée dans 60% des cas en zone endémique (24). Cependant dans 1 cas de notre étude la fièvre est modérée, inférieure à 38°C. Les autres formes sont soit des formes compliquées d'emblée, soit des formes atypiques par l'absence d'un grand signe ou l'adjonction d'un signe inhabituel. Ainsi nous enregistrons 3 cas où l'ictère est associé au tableau clinique. Dans la littérature la fréquence des formes ictériques est de 13% à Abidjan selon CONDAT (24) et de 8% en France selon LAVERDANT (61). En Inde, l'ictère est considéré comme un signe de gravité, il confère à l'amibiase hépatique un taux élevé de mortalité ; 43% selon NIGAM (73). Il s'observe dans les abcès volumineux (diamètre supérieur ou égal à 15 cm) et /ou multiples, le mécanisme est mal connu.

Les complications pleuro-pulmonaires sont classiques en particulier les pleurésies soit réactionnelles et sérofibrineuses, soit purulentes faisant suspecter une ouverture de l'abcès amibien du foie dans la plèvre. Notre série comporte 1 cas de pleurésie purulente et 2 cas de pleurésies réactionnelles sérofibrineuses. Par contre il n'est pas observé dans cette étude la classique vomique de pus chocolat témoignant d'une

fistulisation de l'abcès dans les bronches. Signalons que 61 observations d'amibiases pleuropulmonaires sont colligées par ROUDAULT à Abidjan sur une période de 3 ans. Pendant la même période la fréquence de l'amibiase pleuropulmonaire s'établit à 1,7% de l'ensemble des hospitalisations en pneumologie (87). Dans l'étude de SOUBEYRAND les atteintes pleuropulmonaires compliquent les abcès amibiens dans 8,7% des cas dont 5,6% d'atteintes pleurales ; 2,5% d'abcès ; 0,6% de fistules hépato-bronchiques (96). Les atteintes pleuro-pulmonaires sont associées dans 87% des cas aux localisations hépatiques, mais dans 13% elles peuvent apparaître comme primitives (96). Il n'est pas observé non plus de formes fébriles pures parmi nos observations. Elles sont d'ailleurs rarement décrites dans la littérature. Leur fréquence semble être de 3 à 4% selon CHARMOT (19) et 2 à 3% pour PEQUIGNOT (80). D'autres statistiques donnent des pourcentages nettement supérieurs 10 à 12%. Mais elles mentionnent aussi un nombre important de formes "froides" (15 à 20%). CAPDEVIELLE rapporte 2 cas de formes, fébriles pures (15), ALGAYRES en observe 1 cas (2), LAVERDANT en décrit 3 cas et CHARMOT 9 cas (19). BERGAL estime à 10% la fréquence des formes fébriles pures (10).

Nous n'observons pas également dans notre série de tare favorisant l'amibiase hépatique en dehors de l'alcoolisme (Diabète, Immunosuppression voir SIDA). Mais la recherche de déficit immunitaire n'est pas faite systématiquement.

**SUR LE PLAN BIOLOGIQUE**, l'hyperleucocytose et l'accélération de la vitesse de sédimentation des hématies sont retrouvées dans près de 80% de nos observations, ce qui correspond aux constats faits par la plupart des auteurs : GENDRON : 14 fois dans une série de 16 patients (41) CONDAT comme ROUDAULT observe un taux de 70% d'hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile (24 ; 87). L'augmentation du nombre des globules blancs avec VS accélérée est un fort argument biologique pour le diagnostic de l'amibiase hépatique, mais son absence n'infirmes pas ce diagnostic. Elle manque 2 fois sur 10 cas dans notre série. La VS est normale une fois. CONDAT trouve une formule sanguine normale chez 15 patients sur 75 (25) et dans 30% des cas d'une autre de ses séries ; la VS est inférieure à 50 mm dans 33,8% des cas (24). LAROCHE ne trouve une formule leucocytaire normale que dans 1 cas sur 23 (57). Si l'accélération de la VS et l'hyperleucocytose constituent encore un argument de diagnostic et de surveillance, l'essentiel de l'apport biologique est l'avènement de l'immunologie.

La technique de l'hémagglutination indirecte est positive chez tous nos malades (le taux initial variant entre 1/512ème et 1/1024ème). Nous excluons de cette étude plusieurs cas d'abcès du foie dont la sérologie est initialement négative. Ainsi pour conserver une série assez homogène, 1 cas d'abcès du foie à sérologie amibienne négative avec présence

d'*E. histolytica* dans ses selles est récusé. Ce malade est traité avec succès par tinidazole puis par une céphalosporine. Si cet abcès est bien un abcès amibien (et non un abcès à gram négatif ou à anaérobie), le taux de séronégativité de notre étude est de 1 cas sur 11.

La littérature fait ressortir aussi quelques cas de séronégativité : 1 cas sur 27 pour LAROCHE (57) ; 1 cas pour DENNIS dont la sérologie amibienne est revenue positive après la chirurgie (29). MILGAM note 4% de séronégativité dans une série de 121 cas d'abcès amibiens du foie (66). KRUPP en observe 4 cas sur 27 (54). En comparaison le titre d'anticorps anti-amibien est négatif chez 91% des individus ayant *E. histolytica* ou ses kystes dans les selles sans abcès du foie (66). La comparaison du pourcentage de séronégativité est difficile car les auteurs n'utilisent pas la même méthode sérologique.

Selon TRIBOULEY le test ELISA apparait comme une réaction sensible et spécifique de valeur comparable à la réaction de l'immunofluorescence indirecte et à la réaction d'électrosynérèse. Elle est d'interprétation, plus facile que la réaction d'hémagglutination passive, et la réaction de fixation du complément (100).

Pour parer aux éventualités de faux résultats sérologiques (fausse négativité et fausse positivité) il est souhaitable de coupler plusieurs techniques sérologiques. NIEL rapporte une étude comparée du test au LATEX de l'IFI et de l'immunoélectrophorèse (IE) ; il ressort que le LATEX seul n'est pas une méthode fiable pour le diagnostic de l'amibiase mais par contre peut être utilisé en campagne de masse pour le dépistage sérologique de l'amibiase (72).

Dans la Thèse de DOUMBO (33) à Bamako, l'hémagglutination n'est positive que pour un taux de 1/300 ème d'anticorps avec la méthode d'immunofluorescence. Le taux d'anticorps reste longtemps décelable après guérison clinique des patients. Dans notre étude on note 1 cas de positivité à 1/1024 ème après un récul de 8 mois (obs n°1). MILGAM observe une séropositivité chez 4 malades avec un récul de 1 à 2 ans (66).

D'autres parts un taux élevé d'anticorps ne confère pas au malade une immunité solide.

KRUPP observe des cas de fausse positivité dans la littérature, en particulier au cours de certains carcinomes hépatocellulaires. LAVERDANT observe 2 cas d'hépatomes avec sérologie amibienne positive sur 100 examens sérologiques (59). Souvent la sérologie est initialement négative pour se positiver quelques jours après le début du traitement : ROUDAULT rapporte 6 cas dont la sérologie est initialement négative (87). Les formes pseudonéoplasiques représentent 15 % des cas à Bujumbura (57), DOUMBO en observe 3 cas à Bamako (33). Nous n'observons pas de cas à sérologie faussement positive.

De même la classique ascension du taux des anticorps observée dans les jours qui suivent le traitement n'est pas retrouvée.

La fonction hépatique est normale dans la majorité des cas. 2 fois les transaminases sont trouvées élevées dans notre série, sans insuffisance hépatocellulaire. Ce résultat est comparable à celui de CHARMOT et REYNAUD (20). Pour CONDAT les transaminases sont élevées dans 27% des cas pour les SGOT et 17% des cas pour les SGPT (24). Cette élévation modérée des transaminases n'est pas étonnante puisque l'amibiase entraîne une nécrose des hépatocytes localisée, du moins à la phase initiale de la maladie.

Quant aux autres tests biologiques hépatiques, parfois perturbés, ils ne témoignent que de l'atteinte hépatique sans orienter particulièrement vers l'amibiase : c'est surtout le cas des phosphatases alcalines, de la bilirubinémie, de la fibrinémie...

Le taux de prothrombine est très souvent normal dans ces infections localisées du foie sans insuffisance hépatocellulaire.

L'examen parasitologique des selles est négatif chez tous nos patients, c'est le cas également observé par MOLINIE (67). Toutefois l'amibe est retrouvée dans les selles de 6 malades sur 27 dans la série de LAROCHE (57). 5,3% des cas pour CONDAT (24) 5 fois sur 152 cas d'abcès amibiens pour LAVERDANT (61) et 2 fois dans la série de AGBETRA (1). MATTHEWS trouve 1 fois des amibes et 1 fois des kystes (65). Des ulcérations coliques aiguës sont décrites au cours de 2 cas d'abcès amibiens du foie par CHIGOT (22). Un antécédent dysentérique ou diarrhéique plus ou moins récent, évoquant l'amibiase intestinale, est retrouvé chez presque 80% de nos patients. Ce résultat est comparable à celui de LEVY (82%) (62). SOUBEYRAND ne le retrouve que dans moins de 15% des cas (96).

**SUR LE PLAN RADIOLOGIQUE**, l'atteinte pleuropulmonaire est classique. Elle est retrouvée chez la majorité des cas dans la littérature, en particulier au niveau du poumon droit.

La surélévation de la coupole droite, observée dans la plupart des cas, ne nous paraît pas spécifique tant sont fréquentes au Mali les hépatomégalies (en particulier le cancer primitif du foie) surélevant ou immobilisant la coupole droite.

**L'ECHOGRAPHIE** est le principal examen morphologique utilisé dans notre étude comme dans celle des auteurs "modernes". Elle permet la découverte des abcès, de préciser leur siège, de compter leur nombre et d'apprécier l'échostructure du foie et des abcès. Elle permet aussi des ponctions échoguidées à visée diagnostique et thérapeutique comme dans nos observations n° 3 et n° 10.

Le nombre d'abcès du foie reconnu a grandement augmenté en pathologie tropicale depuis l'introduction de l'échographie : celle-ci objective surtout des abcès amibiens. Par rapport aux abcès microbiens, la

fréquence des abcès amibiens du foie est très forte, mais variable selon les pays: au Sénégal 84% , à Abidjan 96%, avec environ 70 cas dépistés en moyenne par an (96). Le pourcentage d'abcès amibien peut être estimé à 64,28% pour notre étude échographique des abcès (sur un total de 14 abcès du foie diagnostiqués à l'échographie 9 sont amibiens). Par rapport à l'ensemble de la pathologie hépatobilio-pancréatique, l'incidence annuelle oscille autour de 16 à 17% (96). Ils sont habituellement uniques la localisation au niveau du lobe droit demeure la plus fréquente 90,30% pour SOUBEYRAND (96) ; 83,33% pour PHILIP (82) et environ 81,81% dans notre série. Cependant la classique localisation au lobe droit ne se vérifie pas toujours. Il ne faut pas minimiser la fréquence des localisations gauches : 9,70% d'atteinte exclusive du lobe gauche, et 15% de formes intéressant simultanément les lobes droit et gauche pour SOUBEYRAND à Abidjan (96).

Les abcès multiples sont décrits par KAPOOR (52) ; ils représentent 38% des cas étudiés par SOUBEYRAND (96). Nous rapportons dans notre série une observation (cas n°6). Cette forme multiple peut se présenter sous les aspects aigus ou parfois même subaigus ou chroniques, la première éventualité étant la forme habituelle. Dans la forme aiguë l'hépatomégalie est régulière, alors que dans les deux autres formes elle peut devenir irrégulière et suspecte de malignité.

L'échographie met en évidence un nombre d'abcès compris en moyenne, entre 2 et 8, de taille variable (égale ou différente) dans les formes aiguës ; et à un moindre degré dans les formes subaiguës on observe fréquemment des abcès d'âge différent, à différents stades de la nécrose (96), c'est le cas d'une de nos observations (obs n° 6). Dans les formes chroniques les abcès apparaissent en général tous du même âge sous la forme de collections liquidiennes. Toutefois il est possible d'observer des aspects de comblement tissulaire dont la classique mais rare forme en cocarde. La présence intracavitaire de liquide plaide en faveur de la bénignité (96).

Une meilleure connaissance des formes multiples permet d'individualiser une autre forme échographique particulière mais rare (1%) = la forme disséminée. Cliniquement c'est un gros foie douloureux et l'échographie met en évidence une multitude de cavités disséminées dans le foie, généralement de petites tailles (de 20 à 30 mm de diamètre) toutes au même stade évolutif ; "véritable lacher de ballons échographique" ; 2 cas de formes disséminées sont rapportées par SOUBEYRAND, respectivement de 18 et de 30 abcès amibiens du foie (96).

La taille des abcès peut être volumineuse, pouvant atteindre 20 cm ou plus de diamètre (96). Dans la série de PHILIP la taille des abcès varie de 2 à 21cm (82). Parmi nos observations le plus grand abcès mesure 13,7cm et le plus petit 3,3 cm de diamètre. Les aspects échographiques sont décrits par plusieurs auteurs.

Le foie normal se caractérise à l'échographie par de fins échos

d'amplitude voisine, régulièrement répartis, lui donnant un aspect homogène. On note une structure vasculaire normale (96). L'aspect des abcès peut être hypoéchogène, anéchogène ou mixte.

La fréquence des formes pseudonéoplasiques varie de 5 à 14% selon les auteurs et les pays africains. En règle générale il s'agit des formes vues tardivement ; d'évolution subaiguë ou chronique (96). L'échostructure d'une de nos observations revêt cet aspect échographique, mais est d'évolution aiguë (obs n° 5)

L'aspect ultrasonique le plus habituellement rencontré à Abidjan correspond à la forme multiple chronique selon SOUBEYRAND (96).

L'aspect échographique des lésions associées est représenté par :

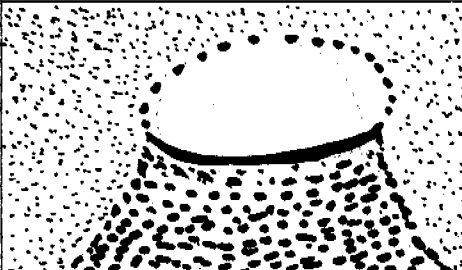
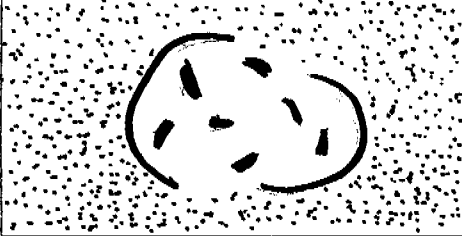
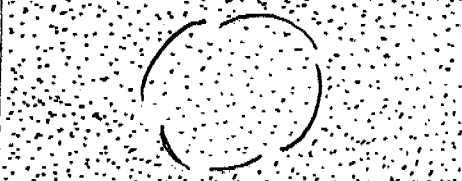
- un épaissement de la paroi vésiculaire (aspect de cholécystite non lithiasique). Il n'est pas spécifique de l'amibiase hépatique (d'autres causes possibles sont : l'ascite, l'hépatite, la maladie de Kähler, la maladie de Hodgkin...).

- une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

- un aspect de pancréatite œdémateuse se caractérisant par une hypertrophie et une hypoéchogénicité de la tête du pancréas. Ces altérations bilio-pancréatiques reversibles au cours des abcès amibiens du foie sont observées par SOUBEYRAND et MONCANY à Abidjan (95 ; 68).

Les aspects échographiques des abcès amibiens sont mieux schématisés par FLAGEAT (tableau n° 6) (38).

**Tableau n° 6 :** Aspect échographique des abcès amibiens

ASPECTS ECHOGRAPHIQUES	APPELATION	DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
	Forme liquidienne pure	- Abcès à pyogène - Kyste hydatique - Kyste congénital du foie - Metastase
	Forme Mixte	- Abcès à pyogène - Kyste hydatique - Metastase nécrosée
	Forme hypoéchogène	- Abcès à pyogène - Metastase - Tumeur bénigne

Ces aspects sont plus couramment rencontrés en zone tropicale que les formes présuppuratives de certains auteurs, car les patients consultent tardivement. Le médecin étant dans la plupart des cas vu après le tradipraticien. Nous ne notons pas aussi ces formes présuppuratives (prééchographiques) parmi nos observations.

Une échostructure hétérogène des abcès du foie est retrouvée 26 fois sur 42 cas d'abcès amibiens dans la série de PHILIP (82). Pour PEYRON, la sémiologie ultrasonore de l'amibiase hépatique est plus protéiforme : (81)

\* A la phase non collectée :

- . le balayage de la sonde est souvent douloureux et difficile;
- . on décèle une zone peu échogène unique ou multiple :
  - intrahépatique,
  - arrondie, ovalaire ou polylobée,
  - de taille variable,
  - de contours assez réguliers,
  - de type sémi-solide : pauvre en échos, ou contenant des échos de faible intensité, avec peu ou pas de renforcement postérieur correspondant à un liquide épais ou atténuant

\*A la phase collectée :

- L'échostructure est alors de type liquidien, le plus souvent vide d'échos (anéchogène)
- Les limites sont nettes et régulières
- Le renforcement de l'interface postérieure est évident. (image d'éblouissement)
- Les cavités peuvent être périphériques : antérieure, postérieure ou centrale.

La place de l'examen ultrasonore dans le diagnostic, la surveillance et le traitement de l'amibiase hépatique est d'un intérêt considérable pour SOUBEYRAND.

" Confrontée au contexte clinique, l'échographie, par sa facilité de réalisation et d'interprétation, est un outil extrêmement précieux pour l'interniste, tropicaliste de surcroît" (96). La valeur diagnostique de cet examen est satisfaisante dans 100% des collections liquidiennes dans l'étude de PEYRON (81). Nous observons aussi ce bon résultat d'autant plus que l'échotographie dans tous nos cas permet de poser le diagnostic des abcès. Cependant un aspect échographique normal avec un tableau clinique de gros foie fébrile et douloureux ne doit pas faire récuser un diagnostic d'amibiase hépatique.

L'échographie répétée souvent 3 à 4 jours après met en évidence la collection intrahépatique.

La surveillance échographique des abcès amibiens du foie montre une évolution rapidement favorable pour les abcès uniques du lobe droit, surtout si leur volume est inférieur à 10 cm. Par contre cette évolution est



lente pour les abcès multiples et/ou de grand diamètre supérieur à 10 cm .

La synthèse évolutive des formes d'abcès est schématisée comme suit par SOUBEYRAND (96) :

a) Evolution habituelle d'une localisation unique

HEPATITE PRE-SUPPURATIVE

- ↓ - phase précoce, pré-échographique : foie normal
- ↓ - phase tardive, échographique : zone hypoéchogène et hétérogène

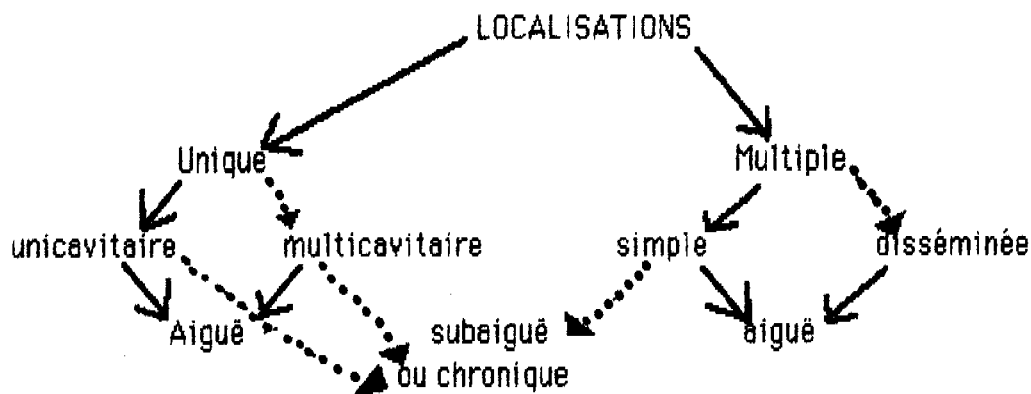
HEPATITE SUPPURATIVE : nécrose constituée



CICATRISATION

- Complète : habituelle
- .....→ Incomplète : abcès résiduel

b) La corrélation écho-clinique de l'amibiase hépatique



Les flèches en traits plein indiquent les aspects les plus fréquents.

L'aspect de guérison échographique des abcès amibiens est variable, selon FLAGEAT la guérison peut se faire : (38)

- soit vers la restitutio ad integrum du parenchyme hépatique en moyenne vers la 10<sup>ème</sup> semaine ; il trouve 6 cas/22, dans notre série on observe 1 cas mais au delà de 10 semaines ;

- soit vers une petite "cicatrice" hyperéchogène en lieu et place de l'abcès : 4 cas/22 dans l'étude de FLAGEAT. Cette image apparaît tardivement vers le 5<sup>ème</sup> mois. Elle est très rare ;

- soit vers la persistance d'une image hypoéchogène sans paroi (12 cas/22) alors que le malade est cliniquement et biologiquement guéri, certaines persistent encore un an après la guérison.

- la récurrence, elle est rare 2 cas/22 dans la série de FLAGEAT ; elle est absente dans notre série. Elle apparaît dans des délais variables allant d'un mois à un an. Elle peut être unique ou multiple (1 cas dans l'étude de FLAGEAT). Les images échographiques lésionnelles observées dans ces cas sont du même type que celles déjà décrites, elles ont la même évolution, elles siègent par définition dans un segment hépatique différent des segments déjà atteints.

L'éventualité d'une rechute est rare, FLAGEAT en observe 3 cas/22 (38). Elle est due à la reprise évolutive de l'abcès initial. Dans notre observation un malade aux antécédents d'abcès, traité et guéri au métronidazole présente à l'entrée une récurrence (2 nouvelles poches d'abcès) et une rechute : l'abcès initial a une échostructure "mixte" (obs n° 6).

D'une manière générale la guérison clinique obtenue en règle en 8 à 10 jours, contraste avec la persistance d'une ou plusieurs cavités intrahépatiques pouvant être de taille importante. Elles ne doivent pas inquiéter le médecin ni conduire à des indications exploratoires ou à des thérapeutiques inutilement agressives (96). Dans la série de SOUBEYRAND le délai moyen de cicatrisation est de 4 à 5 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 1 an.

Il faut signaler que dans notre étude la durée de surveillance échographique est courte dans la plupart des cas et ne permet pas de tirer une conclusion globale sur l'aspect évolutif des abcès en échographie.

En dehors des complications pulmonaires déjà observées il existe d'autres complications des abcès amibiens du foie non observées au cours de notre étude; On peut citer :

- l'amibiase cérébrale ou encéphalique (9 ; 16) est rare, 113 cas sont rapportés en 1964. Elle est toujours secondaire à une amibiase viscérale (foie, poumon). La voie de dissémination est sanguine. BANERJEE propose le terme d'amibiase cérébrale secondaire pour éviter toute confusion avec les méningo-encéphalites amibiennes primitives par amibes libres (*Naegleria*)

- l'amibiase cutanée de siège habituellement périnéal et/ou génital est exceptionnelle (46 ; 101). Elle est due à un ensemenement à partir d'une autre localisation amibienne. Les lésions ulcérées sont rapidement extensives. Un cas de fistulisation à la peau avec surinfection bactérienne (staphylocoques) est rapporté par DOUMBO à Bamako (33)

- les migrations péritonéales se voient tardivement vers le 20ème et 30ème jour (8)

- les migrations viscérales (69), elles se font soit dans un viscère creux, soit dans les canaux biliaires, elles entraînent une surinfection de l'abcès

- CHAMPAULT rapporte 4 cas d'abcès amibiens du foie compliqués d'hypertension portale avec ascite (18)

- Le traitement court au Tinidazole à raison de 2 g/jour pendant 3 jours ou 6 jours consécutifs connaît actuellement un regain d'actualité. D'autres protocoles utilisent même cette dose pendant seulement 2 jours consécutifs.

QUADERI au Bangladesh rapporte 10 cas d'abcès amibiens du foie dont 9 répondent bien à ce traitement de 2 jours parallèlement 23 cas sont soumis à la dose de 2 g/jour pendant 3 jours consécutifs : 19 cas de ceux-là répondent favorablement au traitement. Quelques effets secondaires observés lors de cette étude sont signalés (constipation, vertiges, inconfort abdominal). Dans les 2 protocoles thérapeutiques le taux de guérison est de 100%. Selon lui ces résultats suggèrent qu'une dose unique de 2 g/jour de tinidazole pendant 2 ou 3 jours consécutifs est préférable pour le traitement effectif des abcès amibiens du foie (83).

Dans la série de KHIN, la fièvre n'est notée chez aucun patient au 5ème jour du traitement (53). Pour ATTIA, dans une série de 20 cas d'amibiase hépatique, la douleur disparaît dans 100% des cas après 3 jours de traitement chez 11 malades et chez les 9 restant après 6 jours (5).

D'après ces mêmes auteurs la rapidité d'action associée à sa bonne tolérance font du tinidazole un médicament de choix dans le traitement de l'amibiase hépatique. Dans l'étude de TCHULHYUN, 7 cas d'abcès et 5 cas d'hépatites amibiennes sont traités au tinidazole à raison de 1200 mg/jour pendant 5 jours, il obtient comme résultat :

- une réponse clinique favorable en 48 heures pour les abcès du foie. Au bout d'une semaine aucun signe clinique n'est noté ; aucune récurrence n'est enregistrée 2 mois après la guérison.

- pour les hépatites amibiennes, les symptômes cliniques et le gros foie disparaissent dans tous les cas en 5 jours. Là aussi aucune récurrence n'est notée après 2 mois.

- les effets secondaires sont observés dans 2 cas (nausées et vertiges) (99).

Le tinidazole est également utilisé dans le traitement des enfants atteints d'amibiase hépatique. SCRAGG et PROCTOR rapportent 25 cas d'enfants africains âgés de 3 mois à 6 ans, la plupart souffrent de malnutrition. La dose administrée est de 55 mg/kg/jour pendant 3 à 5 jours. Les résultats sont excellents avec 23 guérisons, 2 cas bénéficient du drainage chirurgical et d'un autre amœbicide. 1 cas de décès est enregistré par suite de bronchopneumonie (92).

Des récurrences d'abcès amibiens sont de plus en plus décrites sous métronidazole : 1 cas dans notre série, 2 cas pour MOLINIE (67), 1 cas pour GOUET (44). De telles situations sont rarement rapportées avec le tinidazole. Cependant DUFLO à Bamako décrit 2 cas de récurrence avec le tinidazole (34). Dans notre série il n'est pas observé de récurrence. Ce résultat est comparable à celui de PARK (78). Pour HATCHUELL il n'existe

pas de différences significatives du point de vue de l'efficacité entre le métronidazole et le tinidazole ; mais sur le plan des effets secondaires le tinidazole paraît entraîner moins d'effets secondaires que le métronidazole (49).

Ces résultats permettent de conclure à l'efficacité du tinidazole (Fasigyne 500\*) dans le traitement court de l'amibiase hépatique.

Outre son efficacité, le tinidazole a les avantages des traitements courts :

- Faible coût (6.150 F CFA pour la dose curative)
- Bonne observance du traitement par le malade
- Certitude pour le médecin que le traitement est bien suivi ; puisqu'il n'y a pas de traitement d'entretien à suivre après la sortie des patients.

**CHAPITRE V**

**CONCLUSION**

## CONCLUSION

Notre étude sur 15 mois fait état d'une série de 10 cas d'amibiase hépatique dont 9 hommes et 1 femme. Tous ces cas, suspectés cliniquement, sont confirmés par l'échographie et l'immunologie.

Nos résultats sont comparables à ceux de la plupart des auteurs. On note une prédominance masculine dans 90% des cas. L'atteinte de la couche la plus productive de la population est soulignée dans notre étude soit la tranche d'âge de 21 à 41 ans. Le niveau de vie des patients est modeste.

Les signes cliniques les plus fréquents sont la fièvre, la douleur et le gros foie. Biologiquement l'hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile est fréquente. La triade de FONTAN associée à la polynucléose évoque facilement le diagnostic d'amibiase hépatique. Mais ce tableau très classique n'est pas souvent retrouvé ; soit il manque un grand signe ; soit il y a adjonction d'un signe inhabituel au tableau clinique.

L'immunologie et l'échographie gardent tout leur intérêt diagnostique devant ces formes symptomatiques.

Le siège habituel des abcès amibiens est le lobe droit du foie, il est très souvent unique. L'aspect hypoéchogène est le plus souvent rencontré dans notre étude. Les antécédents dysentériques ou diarrhéiques sont retrouvés chez la plupart de nos patients.

Le traitement est exclusivement médical ; la ponction sous échographie n'y est associée qu'une seule fois.

Au terme de cette étude nous sommes en mesure de préconiser :

- La multiplication du nombre d'échographes dans le pays compte tenu de leur coût relativement raisonnable, de leur fiabilité et de leur maniement facile.

- La multiplication des tests sérologiques pour le diagnostic de l'amibiase

- Une approche thérapeutique médicale de première intention, quitte à associer la ponction échoguidée en cas d'échec, au 7ème jour, ou en cas d'abcès volumineux, menaçant de rupture. Le drainage chirurgical doit être réservé aux abcès volumineux, de mauvaise localisation, largement fluctuants, menaçant de rupture imminente.

Le traitement court par le tinidazole se montre efficace : nous obtenons 100% de guérison en l'absence d'effets secondaires.

Compte tenu de sa bonne tolérance, de son efficacité et surtout du nombre réduit de comprimés pris par jour pendant une courte durée, le tinidazole apparaît comme l'amœbicide de choix en pays d'endémie amibienne.

## RESUME

NOM : KEITA  
PRENOM : ADAMA DIAMAN  
TITRE DE THESE : **Contribution à l'Etude des Abscès Amibiens du Foie à Bamako (à propos de 10 cas).  
Traitement court par le Tinidazole.**

DATE DE SOUTENANCE : Février 1990.

LIEU DE SOUTENANCE : Ecole Nationale de Médecine BAMAKO - MALI.

LIEU DE DEPOT: Bibliothèque de l'école de Médecine BAMAKO-MALI.

---

**Résumé:** Dix cas d'amibiase hépatique sont rapportés à Bamako chez les malades hospitalisés durant l'année 1988 - 1989.

Cliniquement l'hépatalgie, la fièvre et l'hépatomégalie sont les signes les plus fréquents.

On note 3 cas de complications pleuropulmonaires et 3 cas d'ictère.

L'hémagglutination est positive à des taux significatifs chez tous les patients.

Il n'est pas retrouvé d'amibes végétatives concomitamment dans les selles.

Le diagnostic échographique est toujours fait au stade de collection intrahépatique. On observe 1 seul cas d'abcès multiple. La ponction sous échographie est faite dans 2 cas.

Le traitement par une cure courte de tinidazole (2 g/jour pendant 3 à 6 jours) se montre efficace dans tous les cas.

Les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques, échographiques et évolutifs des abcès amibiens du foie observés à Bamako sont comparés aux données de la littérature.

Il est souligné l'intérêt considérable de l'échographie pour le diagnostic, le traitement et la surveillance des abcès amibiens du foie.

---

**Mots clés :** Amibe, Abscès, Foie, Echographie, Sérologie, Tinidazole.

**ANNEXE****FICHE D'OBSERVATION SUR L'AMIBIASE HEPATIQUE****ANTECEDENTS DU MALADE : VISITE D'ADMISSION****a) Identification du patient :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Sexe :  masculin  féminin  
 Age :  ans Poids  kg Taille :  cm  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 Ethnie : \_\_\_\_\_ Lieu de résidence : \_\_\_\_\_

**b) Antécédents :**

- Antécédents personnels : Diabète  Infections
- Identification de l'amibiase intestinale  oui  non
- Certitude parasitologique
- Probabilité clinique
- Date du diagnostic
- L'amibiase hépatique est connue ou suspectée  oui  non  
depuis
- Traitements antérieurs :  oui  non  
Si oui, spécifier : Antibiotiques :   
Imidazolés :   
Autres :

**c) Symptômes actuels :**

- Douleur
  - . Localisation : \_\_\_\_\_
  - . Date d'apparition
  - . Intensité :  modérée  importante  très importante
  - . Type
  - . Rythmicité
  - . Irradiation
  - . Calmée par
  - . Augmentée par
- Fièvre
- Troubles digestifs :
  - . Anorexie
  - . Diarrhée
- Si oui, nombre de selles / jour
- Caractère des selles : \_\_\_\_\_



Diarrhée fécale type  oui  non

- Perte de poids depuis le début des symptômes  
   . Intensité  modérée  importance  très importante
- Autres symptômes : \_\_\_\_\_

d) Examen clinique :

- Hépatomégalie
  - . Hauteur  cm
  - . Sensibilité à la palpation
  - . Douleur à l'ébranlement
  - . Face antérieure
  - . Bord antérieur
- Splénomégalie  (classification OMS)
- Douleur abdominale provoquée  + à +++
- Ictère  oui  non
- Prurit  oui  non
- TR
- Examen clinique poumons :
  - . Auscultation
  - . Percussion
- Autre

e) Examens biologiques :

- Hémoglobine (gr)
- Globules rouges
- Globules blancs 
  - neutrophiles  éosinophiles  basophiles  lymphocytes
  - monocytes
- Vitesse de sédimentation  
  - 1<sup>ère</sup> heure                      2<sup>ème</sup> heure
- Bilirubine totale/conjuguée
- Transaminases  
  - GOT                      GPT
- Taux de Prothrombine
- Immunologies amibiennes :  (taux d'anticorps)
- Examen parasitologique des selles : \_\_\_\_\_
  - . Direct
  - . P.O.K.

f) Radiographies :

Examen des poumons  
Coupole diaphragmatique

g) Scopie : mobilité coupole droiteh) Echographie :

- Aspect général du foie
- En cas d'abcès : nombre : \_\_\_\_\_  
localisation : \_\_\_\_\_  
aspect : \_\_\_\_\_  
volume (mensuration) : \_\_\_\_\_

i) Rectoscopie :

- . Parasitologie directe
- . B.M.R.

j) Laparoscopie : (compte rendu)k) Laparotomie : (compte rendu)

1) Traitement :

- Médicaments :
- Dose totale journalière
- Durée du traitement
- Effets secondaires
  - . Type
  - . Durée

ECHOGRAPHIE	ADMISSION	J 7	J 15	J 30
Aspect général du foie				
En cas d'abcès <ul style="list-style-type: none"> <li>. nombre</li> <li>. localisation</li> <li>. Taille/volume en cm</li> </ul>				

SYMPTOMES	DATE DE DEBUT			DUREE	SEVERITE			RELATION AVEC LE MEDICAMENT		TRAITEMENT	
	Jour	Mois	An		Jours	Faible	Modérée	Sévère	Probable	Peu vrai-semblable	Continue

Changements dans le traitement en cours ?  oui  non

Si oui, traitement associé :

Nom : \_\_\_\_\_

Forme : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

- Evaluation de l'efficacité : | \_\_\_\_\_ |

Sera évaluée en excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise

- . d'après l'amélioration des symptômes cliniques
- . d'après les résultats des examens biologiques
- . d'après l'échographie

## - Evaluation de la tolérance

. effets secondaires  oui  non. si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**SUIVI DES PATIENTS**

<b>EVALUATION CLINIQUE</b>	<b>ADMISSION</b>	<b>7<sup>e</sup> Jour</b>	<b>15<sup>e</sup> Jour</b>	<b>30<sup>e</sup> Jour</b>
Fièvre				
Hépatalgie				
. modérée +				
. importante ++				
. très importante +++				
Hépatomégalie				

<b>EXAMENS BIOLOGIQUES</b>	<b>ADMISSION</b>	<b>7<sup>e</sup> Jour</b>	<b>15<sup>e</sup> Jour</b>	<b>30<sup>e</sup> Jour</b>
Globules rouges				
Globules blancs				
. polynucléophiles				
. basophiles				
. éosinophiles				
. lymphocytes				
. monocytes				
Vitesse de sédimentation				
1 <sup>ère</sup> heure				
2 <sup>ème</sup> heure				
Bilirubinémie (J1 et J7)				
Transaminases (J1 et J7)				
. GOT				
. GPT				
Taux de Prothrombine				
Titre d'immunofluorescence indirecte amibienne (J1, J17 et J30)				

**BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - AGBETRA A., KPINSAGA D., NAKPANE A., HOMAWOO K., AMEDEGNATO M.
  - Aspects cliniques et thérapeutiques des abcès du foie chez l'adulte au Togo (à propos de 54 cas)
  - Méd. Afr. Noire, 1985, 32, 137 - 140.
  
- 2 - ALGAYRES J.P., RUCHE B., ARDOUIN Ch.
  - Les formes atypiques d'amibiase hépatique
  - Med. Armées, 1979, 7, 815 - 820.
  
- 3 - ARCHAMPONG E.
  - Amoebic liver disease in Ghana : 152 cases
  - Trop. Doctor, 1977, 7, 161 - 168.
  
- 4 - ARMENGAUD M.
  - Amibiase
  - Encycl. Médico-Chir. Mal. Inf., (Paris, France) 1968.
  
- 5 - ATTIA Y., MENSAH W., TOTO A., KOFFI K., N'DRI N.
  - Le traitement de l'amibiase hépatique par le Tinidazole
  - Med. Afr. Noire, 1983, 30, 193 - 195.
  
- 6 - AUBRY P., LECAMUS J.L., ANDRE L.J.
  - Amibiase
  - E.M.C., (Paris, France) Mal. Inf., 6083A<sup>10</sup>, 11 - 1988, 22 p.
  
- 7 - BAELHER - DREYER N.
  - Amibiase du Nourrisson : étude clinique
  - Thèse de Médecine, Dakar, 1968.
  
- 8 - BANERJEE P.
  - Study of intraperitoneal rupture of amoebic liver abscess in hospital Practice.
  - Indian. Med. J., 1986, 80, 136 - 139.
  
- 9 - BANERJEE P., BHATNAGAR R.K., BHUSNORMATH S.R.
  - Secondary cerebral amoebiasis
  - Trop. Geogr. Med., 1983, 35, 333 - 338.

- 10 - BERGAL S., NORES J.M., ROSENHEIM M., PARAF F., PEIGNOT J.F.
  - Amibiase
  - Préparation aux certificats et au concours de l'Internat. SPECIA ed. Paris , 1987.
  
- 11 - BERTRAND E., TOUZE J.E., CHARLES D.
  - Les cardiopathies parasitaires
  - E.M.C. (Paris - France) cœur - vaisseaux, 11027 A<sup>10</sup>, 3 - 1988, 14 P.
  
- 12 - BERTRAND E.
  - Expérimentation du Tinidazole dans le traitement de l'amibiase hépatique (à propos de 20 cas)
  - Document final d'expérimentation du Laboratoire PFIZER , 1983.
  
- 13 - BLANC F., SIGUIER F.
  - L'amibiase : étude clinique et thérapeutique.
  - Expansion Scientifique Française ed. Paris , 1950.
  
- 14 - CACHIN M., LAUNOIS J.P.
  - Les abcès amibiens du foie en France ; dépistage et traitement
  - Rev. Prat., 1974, 24, 209 - 220.
  
- 15 - CAPDEVIELLE P., COINTET F., AGBOR-EGBE H., DELMARRE B., BAROUTI H.
  - Aspects médicaux de l'amibiase hépatique à Yaoundé ; à propos de 23 cas.
  - Méd. trop., 1983, 43, 309 - 315.
  
- 16 - CAPRON A., NIEL G., BOUVRY M.
  - Intérêt de l'immunologie dans le diagnostic et la localisation de l'amibiase.
  - Med. afr. Noire, 1970, 17, 457 - 461.
  
- 17 - CATTAN R.
  - Formes atypiques de l'amibiase hépatique.
  - Presse Med., 1948, 24, 212.
  
- 18 - CHAMPAULT G.
  - Expérience Africaine de 396 cas d'abcès amibiens du foie opérés à Douala.
  - Med. Afr. Noire, 1976, 23, 397 - 403.

- 19 - CHARMOT G., FROTTIER J., TRINH P.H., BASTIN R.  
 - Les formes fébriles pures de l'amibiase hépatique (à propos de 9 observations).  
 - Ann. Med. Int., 1976, 127, 265 - 268.
- 20 - CHARMOT G. REYNAUD R.  
 - Modifications des constantes biologiques et hématologiques dans l'amibiase hépatique.  
 - Bull. Soc. Path. Exot., 1961, 54, 817 - 823.
- 21 - CHERBONNEL G., BENCHKROUN A., TOURE C.T., MOGUEYA S.A.O., LEVY P. MOREIRA-DIOP T., DIOP A.  
 - Syndrome de prérupture dans l'abcès amibien du foie mythe ou réalité ? Etude de 33 cas.  
 - 11èmes journées Franco-Sénégalaises de gastroentérol. Dakar, 7 Nov. 1983.
- 22 - CHIGOT J.P., DOURNOVO P., DANIS M., FELIX H., GENTILINI M., MERCADIER M.  
 - Abscès amibiens suraigus du foie suivis d'ulcérations coliques. A propos de 2 cas.  
 - J. chir. (Paris) 1975, 110, 439 - 444.
- 23 - CHIGOT J. P., DURIEUX M., MERCADIER M., GENTILINI M.  
 - abcès amibien du foie.  
 Med. chir. Dig., 1981, 10, 61 - 64.
- 24 - CONDAT J.M., LECESNE J.L., TICOLAT R., CHARMOT G., NIAMKEY E., SOUBEYRAND J., MERRIEN Y.  
 - L'amibiase hépatique : aspects actuels, 161 observations.  
 - Sem. Hôp. Paris, 1982, 58, 579 - 589.
- 25 - CONDAT M., FERRUS P.H., ROY J.C. BEUGRE K., NOZAIS J.P.  
 - Amibiase hépatique : 75 cas observés à l'hôpital de Treichville à Abidjan.  
 - Med. Trop. 1975, 39, 253 - 260.
- 26 - CORNET L., BRUMPT L., DOUBRISAY, CARAYON P.  
 - Abscès amibien du foie : intérêt de la ponction associée au traitement émétinien.  
 - Ann. Med. Int. 1970, 121, 629 - 634.

- 27 - CUDONNEC B., PIPERAND R., BELLOIR Cl., DHUMEAUX D.  
 - Tomodensitométrie et pathologie digestive.  
 - Rev. Prat., 1980, 30, 1637 - 1648.
- 28 - DANAI B., HARINASUTA T.  
 - Clinical trial of Tinidazole in amœbic liver abscess.  
 - Abstracts of papers presented at the 12th SEAMEO-TROPMED Seminar and 4th Seminar on Tropical Medicine, Seoul (Korea), 1973.
- 29 - DENNIS L., ROY G., DALE EVERETT E., LOREN O., THEODORE R.  
 - Report of a case presenting with non reactive serologic tests for Entamoeba histolytica.  
 - Am. J. Gastroenterol. 1979, 72, 234 - 238.
- 30 - DESCHIENS R.  
 - L'amibiase et l'amibe dysentérique.  
 - In : Monographie de l'Institut Pasteur. Masson et C<sup>ie</sup>ed. Paris ,1965.
- 31 - DINE G., LAPEYRE P.  
 - L'amibiase hépatique en Nouvelle Calédonie.  
 - Med. Mal. Inf., 1982, 12, 242 - 246.
- 32 - DOUGOUFANA BAGAYOKO.  
 - Etude critique de l'activité d'un service de médecine interne.  
 - Thèse de Médecine , Bamako ,1983.
- 33 - DOUMBO O.  
 - Intérêt de la sérologie parasitaire à Bamako. Etude Préliminaire sur l'amibiase et la Trypanosomiase.  
 - Thèse de Médecine, Bamako ,1979.
- 34 - DUFLO B., DIALLO A.N.  
 - Essai de la Fasigyne 500\* (Tinidazole) dans le traitement de l'amibiase hépatique.  
 - Med. Dig. 1982, 8, 61 - 64.
- 35 - FELIX H., MION CH., WIART J.P., SEGRÉSTA J.M.  
 - Les abcès amibiens hépatiques (à propos de 100 observations à l'Hôpital d'Oran).  
 - Sem. Hop. Paris, 1960, 36, 2229 - 2236.



- 36 - FELIX H.  
- Les nitroimidazolés dans le traitement des maladies tropicales.  
Indications et limites.  
- Med. Mal. Inf. 1980, 10, 727 - 731.
- 37 - FIESSINGER N., LEROY E.  
- évolution aiguë cachectisante d'un abcès du foie au cours d'une  
dysentérie amibienne autochtone.  
- Rev. path. comp., 1916, 15, 21 - 25.
- 38 - FLAGEAT J., PERROT N. BERL L., VILLENEUVE R., MOLINIE C.,  
LAVERDANT Ch., METGES P.J.  
- Aspects échographiques des abcès amibiens du foie; à propos de  
22 cas.  
- J. Radiol., 1982, 63, 305 - 309.
- 39 - GAFFAR B. A.  
- Traitement de l'amibiase chez les enfants avec le Tinidazole, un  
nouveau médicament amœbicide .12ème Séminaire et 4ème  
Séminaire sur la médecine tropicale. Séoul, Corée ,1973.
- 40 - GATHIRAM V., JACKSON T.F.  
- Frequency distribution of Entamoeba histolytica Zymodemes in  
rural South African Population.  
- Lancet, 1985, 1, 719 - 721.
- 41 - GENDRON Y., TALARMIN F.M., SIMON P., CADOR L., LANGLOIS J.  
- L'amibiase hépatique en Polynésie Française, 16 cas en 2 ans.  
- Med. Trop., 1984, 44, 225 - 229.
- 42 - GENTILINI M., DUFLO B.  
- Amibiase  
- In : Médecine Tropicale .2è ed. Flammarion, Médecine Sciences ed.  
Paris ,1977 , 80 - 94.
- 43 - GENTILINI M., DUFLO B.  
- Amibiase hépatique  
- Médecine Tropicale 3è ed. Flammarion Médecine Sciences ed.  
Paris ,1985.
- 44 - GOUET D., ROUFFINEAU J., CHAUVIN C., ABADIE J.C. RIBET M.  
- Rechutes itératives d'amibiase hépatique avec échec du traitement  
par le métronidazole.  
- Nouv. Presse Med., 1982, 11, 3349.

- 45 - GUERRANT R.L., BRUSH J., RAYDIN J.I., SULLIVAN J.A., MANDELL G.L.  
- Interaction between *E. histolytica* and human polymorphonuclear neutrophils.  
- J. Infect. Dis., 1981, 143, 83 - 93.
- 46 - GUPTA S.  
- Spontaneous colocutaneous fistule in amœbic colitis.  
- Trop. Geogr. Med., 1983, 35, 305 - 370.
- 47 - HAMAR A. TRAORE  
- Contribution à l'étude de l'amibiase à Bamako  
- Thèse de Medecine, Bamako, 1978.
- 48 - HARINASUTA T., BUNNAG D., JARONVESAMA N., CHARENLRAP K., HARINASUTA C.  
- Amœbic liver abscess.  
- Eighth International Congress on Tropical Medecine and Malaria. Teheran, 1968, 258.
- 49 - HATCHUEL W.  
- Tinidazole for the treatment of amœbic liver abscess.  
- S. Afr. Med. J., 1975, 49, 1879 - 1881.
- 50 - IFTIKHAR A.  
- Clinical trial of tinidazole in amœbic liver abscess.  
- Abstracts of papers presented at the 12th SEAMEO-TROPMED Seminar and 4th Seminar on Tropical Medecine, Seoul, Korea, 1973.
- 51 - ISLAM N., HASAN M.  
- Tinidazole and metronidazole in hepatic amœbiasis.  
- J. Trop. Med. Hyg., 1978, 1, 20 - 22.
- 52 - KAPOOR O.P., JOSHI V.R.  
- Multiple amœbic liver abscess, a study of 56 cases.  
- J. Trop. Med. Hyg., 1972, 75, 4 - 6.
- 53 - KHIN MAE OHN, MYO THWE  
- A study of Tinidazole in hepatic amœbiasis.  
- Mod. Med. Asia, 1978, 14, 23 - 25.
- 54 - KRUPP I.M.  
- Antibody, response in intestinal and extraintestinal amœbiasis.  
- Am. J. Trop. Med. Hyg., 1970, 19, 57 - 62.

- 55 - LAPIERRE J., HEYER F., FAURANT C., TOURTE-SCHAEFER C., ANCELLE T.  
 - Amibiase hépatique ; à propos de quatre vingt six cas observés à Paris.  
 - Sem. Hôp. (Paris), 1982, 58, 2631 - 2634.
- 56 - LAPIERRE J., PATEL J. C1, MOULLE P., LEMAIGRE G.  
 - L'amibiase hépatique suraiguë autochtone.  
 - Presse Med. (Paris), 1971, 79, 239 - 241.
- 57 - LAROCHE R., MOULARD D., NDABANELE E., NGAMYE E., AUBRY P.  
 - Amibiase hépatique à Bujumbura. 27 cas observés en 16 mois  
 - Bull. Soc. Path. Exot., 1987, 80, 196 - 201.
- 58 - LASSERRE R., JAROONVESAMA N., KURATHONG S., SOH C.T.  
 - Single day treatment of amœbic liver abscess.  
 - Am. J. Trop. Med. Hyg., 1983, 32, 723 - 726.
- 59 - LAVERDANT C., DENEÉ J. M., ROUE R., MOLINIE C., DALY J. P.,  
 FLECHAIRE A., VALMARY J., FARRET O.  
 - L'amibiase hépatique : étude de 152 observations  
 - Gastroentérol. Clin. Biol., 1984, 8, 834 - 844.
- 60 - LAVERDANT C., ESSIUX H., CRISTAU P., MOLINIE C., LARROQUE P.,  
 BERNARD J., KASSEM A.  
 - Aspects sémiologiques et thérapeutiques actuels de l'amibiase hépatique (à propos de 60 observations).  
 - Ann. Med. Int. 1974, 125, 803 - 809.
- 61 - LAVERDANT C., ROUE R., MOLINIE C., DALY J. P., ESSIUX H.,  
 FLECHAIRE A., VALMARY J., DENEÉ J.M., BRUNOT J., MARROT F.  
 - L'amibiase hépatique en France. A propos de 152 observations.  
 - Med. Trop., 1984, 44, 213 - 221.
- 62 - LEVY P., MOREIRA - DIOP T., CHERBONNEL G., MOGUEYA S.A.O., DIOP A.,  
 DIOP B.  
 - Aspects actuels de l'amibiase hépatique au CHU de Dakar (à propos de 69 cas de 1976 à 1983).  
 - IX<sup>e</sup> Colloque Outre-mer des sociétés régionales de gastroentérologie, 11<sup>èmes</sup> journées Franco-Sénégalaises de gastroentérologie, Dakar, 7 Nov. 1983.

- 63 - LONG - KRUG S.A., FISHER K.J., HYSMITH R.M., RAYDIN J.L.  
- Phospholipase A. Enzymes of *Entamoeba histolytica* : description and subcellular localisation.  
- J. Infect. Dis., 1985, 152, 536 - 541.
- 64 - MARTINEZ - PALOMO A.  
- The pathogenesis of amœbiasis.  
- Parasitol. Today, 1987, 3, 111 - 119.
- 65 - MATTHEWS A.W., GOUGH K.R., DAVIES E.R., ROSS F.G.M., HINCHLIFFE A.  
- The use of combined ultrasonic and isotope scanning in the diagnosis of amœbic liver disease.  
- Gut., 1973, 14, 50 - 53.
- 66 - MILGRAM E. A., HEALY G.R., KAGAN I.  
- Studies on the indirect hemagglutination test in the diagnosis amœbiasis.  
- Gastroenterol., 1966, 50, 645 - 649.
- 67 - MOLINIE C., DALY J.P., ESSIUX H., BURLATION J.P., BERNARD J., LESBORDES J., LAVERDANT Ch.  
- Rechutes tardives d'amibiases hépatiques initialement guéries par le métronidazole : 2 cas.  
- Ann. Med. Interne, 1980; 131, 343 - 345.
- 68 - MONCANY G., MARDELLE T., SIBILI Y., SOUBEYRAND J., TICOLAT R., TOUZE J.E., MALAN K.  
- Une forme exceptionnelle d'abcès amibien du foie à Abidjan.  
- Presse Med., 1984, 13, 2646 - 2647.
- 69 - MOWJI P.J., COHEN A.J., POTKIN B., VILTUZNIK J.  
- Amœbic liver abscess with hepatoduodenal fistula.  
- Am. J. Gastroenterol., 1987, 82, 558 - 559.
- 70 - MPELE P., CARME B., NIEL G., ITOUA NGAPORO A., BOURAMOUÉ C.  
- L'amibiase hépatique : les différents aspects à Brazzaville.  
- Med. Trop., 1985, 45, 55 - 58.
- 71 - NGAMIYE E.  
- L'amibiase hépatique à Bujumbura (à propos de 60 cas).  
- Thèse de Médecine , Bujumbura , 1986.

- 72 - NIEL G., GENTILINI M., CHARMOT G., COUTURE J.,  
- Le test au latex appliqué au diagnostic sérologique de l'amibiase :  
valeur comparée à celle de l'immunofluorescence et de l'immuno  
électrophorèse.  
- Bull. Soc. Path. Exot., 1972, 65, 382 - 390.
- 73 - NIGAM P., GUPTA A.K., KAPOOR K.K., SHARAN G.R., GOYAL B.M.,  
JOSHI L.D.  
- Cholestasis in amœbic liver abscess.  
- Gut., 1985, 26, 140 - 145.
- 74 - NUSSAUME O., CHERBONNEL G.  
- L'amibiase hépatique.  
- E.M.C., (Paris - France) Fasc. 7027 A<sup>10</sup> 9 - 1978.
- 75 - O.M.S.  
- Amibiase  
- Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS sur l'amibiase .  
- Série de rapports techniques, 1969, 421 : 58 P.
- 76 - O.M.S.  
- L'amibiase et la lutte anti-amibienne.  
- Bulletin de l'organisation mondiale de la santé,  
1985. Vol. 63. N°5 . 821 - 831.
- 77 - OSCHNER A., DE BAKEY M.  
- Pleuro pulmonary complication of amœbiasis. An analysis of 153  
collected and 15 personal cases.  
- J. Thorac. Surg., 1936, 3, 225.
- 78 - PARK J.I.  
- The use of Tinidazole in the treatment of intestinal and hepatic  
amœbiasis.  
- Korean Journal Internal. Med., 1973, 16, 213 - 216.
- 79 - PENE P., QUENUM C., SANKALE M., MOULINIER M.  
- Les aspects anatomopathologiques des abcès tropicaux du foie.  
- Med. Afr. Noire, 1965, 12, 164 - 168.
- 80 - PEQUIGNOT H.  
- Amibiase  
- in : Pathologie Médicale. 2è ed. Masson ed, Paris, 1979, 723 - 726.

- 81 - PEYRON J.P., MARBOT J.M., PASCAL - SUISSE P.  
 - L'échographie dans le diagnostic, le traitement, la surveillance des abcès amibiens du foie.  
 - Med. Trop., 1979, 39, 665 - 673.
- 82 - PHILIP W., HARVEY M., STEWART A., WILLIAM R., WILLIAM D. JAMES H.  
 - Gray-scale ultrasonography of hepatic amœbic abscess.  
 - Radiology., 1979, 132, 125 - 129.
- 83 - QUADERI M.A., SIDDIQUR RAHMAN M., AMINUR RAHMAN, NURUL ISLAM.  
 - Amœbic liver abscess and clinical experiences with tinidazole in Bangladesh..  
 - J. Trop. Med., Hyg., 1978, 81, 16 - 19.
- 84 - QUENUM C., N'DIAYE P.  
 - Etude anatomopathologique des abcès amibiens du foie.  
 - Afr. Med., 1977, 16, 297 - 299.
- 85 - RAMACHANDRAN S., SIVALINGHAM S., PERUMAL J.R.A.  
 - Hepatic amœbiasis in Ceylan, 100 cases.  
 - J. Trop. Med. Hyg., 1972, 75, 23 - 33.
- 86 - RAYDIN J.I.  
 - Pathogenesis of disease caused by *Entamoeba histolytica* : Studies of adherence, Secreted Toxins and Contact dependant cytolysis.  
 - Rev. Infect. Dis., 1986, 8, 247 - 260.
- 87 - ROUDAULT M., TIENDREBEOGO H., CONDAT J.M., DEZELUS P., SCHMIDT D.  
 - Manifestation pleuropulmonaire de l'amibiase ; à propos de 61 cas observés à Abidjan sur une période de 3 ans.  
 - Sem. Hôp. (Paris); 1982, 58, 85 - 92.
- 88 - SALATA R.A., RAYDIN J.I.  
 - Review of the human immune mechanisms directed against *E. histolytica*.  
 - Rev. Infect. Dis., 1986, 8, 261 - 272.
- 89 - SAMBUC E.  
 - Les abcès du foie à l'hôpital de Haïphong.  
 - Bull. Soc. Medico-Chir., Indochine, 1911, 3, 270 - 324.

- 90 - SANKALE M., DIOP B., DIOUF S.  
 - Reflexion sur l'amibiase hépatique à Dakar (à propos de 223 cas observés en 10 ans).  
 - Med. Afr. Noire, 1970, 17, 467 - 476.
- 91 - SANKALE M., QUENUM C.  
 - Les abcès aigus amicrobiens et amibiens du foie; données cliniques, anatomopathologiques et physiopathologiques à propos de 600 cas Dakarais.  
 - Bull. Soc. Med. Afr. Noire, Langue Frsee., 1976, 21, 505 - 514.
- 92 - SCRAGG J.N., PROCTOR E.M.  
 - Tinidazole in treatment of amœbic liver abscess in Children.  
 - Arch. Dis. Child., 1977, 52, 408 - 410.
- 93 - SERAFINO X., PENE P., NOSNY P., DIOP A.  
 - Les abcès du foie en pays d'endémie amibienne.  
 - Rev. Prat., 1963, 24, 2923.
- 94 - SIMJEE A.E., GATHIRAM V. JACKSON T.F., KHAN B.F.  
 - A comparative trial of metronidazole tinidazole in the treatment of amœbic liver abscess.  
 - S. Afr. J., 1985, 68, 923 - 924.
- 95 - SOUBEYRAND J., MONCANY G., LEONETTI P., NIAMKEY E., DIALLO D., YAPOBI Y., DIOMANDE I., BEYDA B. Y.  
 - Amibiases hépatiques : Altérations biliopancréatiques réversibles.  
 - Nouv. Presse Med., 1984, 13, 445.
- 96 - SOUBEYRAND J., LEONETTI P., MONCANY G., NIAMKEY E.  
 - Amibiase hépatique  
 In : Pathologie Africaine, Médecine interne et échographie ; Masson ed. , Paris ,1986.
- 97 - SOW A.M., DUPUY - DOURREAU R., SANKALE M.  
 - Les amibiases intrahépatiques : considérations générales.  
 - Afr. Med., 1977, 16, 291 - 294.
- 98 - TCHULHYUN J.  
 - The use of Tinidazole in the treatment of intestinal and hepatic amœbiasis.  
 -12th "seameo-tropmed" seminar and 4th seminar on tropical medicine, Seoul, Korea, 1973.

- 99 - TOURE P., DIOP A., DIOUF B. VOYOR V. M.  
- Les complications péritonéales des abcès du foie à propos de 11 observations.  
- Bull. Soc. Med. Afr. Noire, Langue Frse., 1972, 17, 223 - 227.
- 100 - TRIBOULEY J. TRIBOULEY-DURET J., LACASSIE L., APPRIOY M.  
- Utilisation du test ELISA pour le diagnostic sérologique de l'amibiase hépatique. Etude comparée avec 4 autres méthodes : Immunofluorescence, Electrosynérèse, Hémagglutination passive et Fixation du complément.  
- Bull. Soc. Path. Exot., 1982, 75, 12 - 25.
- 101 - TURNER L., JONES D.M., DAVSON J.  
- Cutaneous amœbiasis : case report.  
- Br. Med. J., 1985, 121, 635 - 636.
- 102 - UDIMBA D.W.  
- Apport de l'échotomographie B, Temps réel dans le diagnostic, le traitement et la surveillance des abcès du foie.  
- Thèse de Médecine, Dakar, 1984.
- 103 - VANIJANDONTA S., BUNNAG D., LOOAREESUWAN S., HARINASUTA T.  
- Low dose tinidazole in treatment of amœbic liver abscess.  
- South-East Asian J. Trop. Med. Public Health, 1985, 16, 253 - 256.
- 104 - VAN SONNENBERG E., MULLER P.R., SHIFFMAN H.R.  
- Intrahepatic amœbic abscess : indications for and results of percutaneous catheter drainage.  
- Radiology, 1985, 156, 631 - 635.
- 105 - WALSH J.A.  
- Problems in recognition and diagnosis of amœbiasis. Estimation of global magnitude of morbidity and mortality.  
- Rev. Infect., Dis., 1986, 8, 228 - 238.
- 106 - WATT G.  
- Non resolution of an amœbic liver abscess after parasitologic cure.  
- Am. J. Trop. Med. Hyg., 1986, 35, 501 - 504.
-



## ABSTRACT

**FULL NAME :** KEITA Adama Diaman.  
**THESIS TITLE :** Contribution of investigation on liver amœbic abscess in Bamako; about 10 cases.  
Short cure with Tinidazole.

**DEFENCE PLACE AND DATE :** Ecole Nationale de Médecine. Bamako .Mali.  
February. 90

**THESIS AVAILABLE TO :** LIBRARY of Ecole de Médecine .Bamako .Mali.

---

### Abstract

Ten cases of amœbiasis of the liver are quoted in Bamako to admitted patients during 1988-1989.

Clinically, the most frequent signs are : hepatalgy, fever and hepatomegaly. There are 3 cases of pleuropulmonary complications and 3 jaundice cases. Hemagglutination reaction is positive at significant rates with all patients.

Simultaneously, there are no vegetative amœbs in stools.

Echographic diagnosis is always done at intra-hepatic collection level.

Only one case of multiple abscess is found out.

Under echography, puncture has been applied in 2 cases.

A short treatment with Tinidazole (2g/day during three to six days) is efficient in all cases.

The amœbic liver abscess of clinical, epidemiological, biological as well as echographical and evolutive aspects tested in Bamako can be compared to literature data.

Echography is highly interesting for diagnosis, treatment and supervision of amœbic liver abscess.

---

**Key words :** amœbiasis, abscess, liver, echography, serology, Tinidazole.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigérai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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