

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

République Du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



Université Des Sciences Des Techniques
Et
Des Technologies De Bamako (USTTB)

Faculté De Médecine Et D'odonto-
Stomatologie (FMOS)



Année universitaire : 2022 - 2023

N°.....

MEMOIRE

ASPECT ECHOGRAPHIQUE DE L'ABCES AMIBIEN DU FOIE A PROPOS D'UN CAS DANS LE SERVICE DE RADIOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER MERE ENFANT LE LUXEMBOURG

Présentée et soutenue publiquement le 08/09/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : DR DARA PHILIPPE AMAKENE

Pour obtenir le diplôme de spécialiste en échographie générale et spécialisée

Jury

Président : Pr Adama Diaman KEITA

Membre : Dr Mamadou N'DIAYE

Co-directeur : Dr Mamadou Sylla TRAORE

Directeur : Pr Mahamadou DIALLO

DEDICACE

Je dédie ce Mémoire à ma Maman

A notre Maitre et président du Jury

Pr Adama Diaman KEITA

- **Chef de Service d'Imagerie médicale du CHU Point G**
- **Professeur titulaire en radiologie**
- **Spécialiste en imagerie médico-légale et parasitaire**
- **Ancien chef du DER Médecine et spécialités médicales à la FMPOS**
- **Ancien Recteur de l'université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako.**

Cher Maitre nous vous remercions pour avoir présidé ce travail malgré vos multiples occupations.

Honorable Maitre, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, la faculté d'écouter sont des vertus que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Soyez rassurez que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et que nous sommes très fiers de compter parmi vos élèves.

Que le seigneur vous donne longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions

A notre maitre et Membre du Jury

Dr Mamadou N'DIAYE

- **Médecin radiologue**
- **Lieutenant-colonel des Forces Armées du Mali**
- **Chef du centre d'Imagerie Médicale des Forces Armées de l'Infirmierie de l'Hôpital de Bamako (IHB)**
- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Membre de la SOMIM, de la SRANF et de la SoMaMeM.**

Cher Maitre

Honorable maître, nous ne cesserons jamais de vous remercier de votre vos qualités intellectuelles, votre franchise, votre courage et vivacité qui font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique forge le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionnés, par la pédagogie, l'humanité, et la simplicité dont vous faites preuves.

C'est une grande joie pour nous de vous avoir parmi les membres de ce jury malgré vos multiples occupations.

Cher maitre, c'est le lieu pour nous de vous exprimer toute notre gratitude.

A notre Maître et Codirecteur de Mémoire

Dr TRAORE Mamadou SYLLA.

- **Médecin échographiste.**
- **Diplômé d'Université de Nîmes et de paris VII (France).**
- **Médecin de l'année 2019 au Mali.**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital mère enfant le Luxembourg.**

Cher Maître,

En acceptant de participer à cette œuvre humble, vous nous faites un immense honneur. En espérant obtenir votre indulgence, nous vous remercions de votre bienveillance à notre égard.

A notre maitre et directeur de Mémoire

Pr. Mahamadou DIALLO

- **Professeur de Radiologie à la FMOS**
- **Chef de DER en médecine à la FMOS**
- **Chef de service de radiologie et d'imagerie médicale au CHU Gabriel TOURE**
- **Expert en radioprotection et sureté des sources de rayonnement**
- **Membre de la société malienne d'imagerie médicale**
- **Membre de la société française de radiologie**

Cher Maitre,

Vous êtes sans doute un bon encadreur, rigoureux et très méthodique.

C'est un honneur pour nous de vous voir juger ce travail auquel vous-même avez participé. Votre exactitude scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques font de vous un enseignant modèle à suivre. Vous êtes un modèle de maitre que tout élève aspirerait avoir. Merci de nous avoir acceptés parmi vos élèves

Soyez rassurés cher maitre de notre entière disponibilité et de notre profonde gratitude. Que le tout puissant Allah vous accompagne dans vos efforts de tous les jours et vous prête longue en bonne santé

I. SIGLES ET ABRÉVIATIONS :

VS : Vitesse de sédimentions

CRP : Protéine C réactive

CHUME : Centre Hospitalier mère enfant

DU : Diplôme universitaire

RGPA : Recensement générale populaire administrative

CSCOM : Centre de santé communautaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DCI : Dénominateur commun international

FID : Fosse iliaque droite

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

TABLE DES MATIERES

Introduction. 10

Les objectifs : 12

I. GENERALITE..... 14

II. METHODOLOGIE..... 33

IV. III. RESULTATS..... 40

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :..... 44

CONCLUSION..... 47

RESUME..... 48

RECOMMANDATIONS :..... 49

REFERENCES 50

Liste des figures

Figure 1 : Position du foie par rapport aux viscères abdominaux.....	16
Figure 2 : Vue postéro-supérieure.....	17
Figure 3 : Schéma général de la segmentation hépatique	20
IFigure 4 : Représentation cartographique de la commune IV.	34
Figure 5 : Centre hospitalier Mère Enfant « le Luxembourg »	36
Figure 6 : Image d'un abcès multiple du foie droit et abcès unique de foie droit.....	42

INTRODUCTION

Introduction.

L'abcès amibien du foie se définit comme une collection suppurée d'origine parasitaire, située au sein du parenchyme hépatique, à l'exclusion des suppurations localisées dans des cavités préexistantes. Le germe en cause est habituellement *Entamoeba histolytica*. C'est une affection très fréquente en milieu tropical [1]. La morbidité est faible. Lorsque l'amibiase hépatique est diagnostiquée précocement, la mortalité est inférieure à 1% [1, 2].

Sa fréquence varie d'une région à une autre. En Asie du Sud-est, l'amibiase maladie survient chez 13 à 43% de la population générale et est responsable de 25% d'abcès du foie [3, 4]. L'abcès amibien du foie est responsable de 1,9% des hospitalisations à Abidjan, 1,3% à Bujumbura [3]. En 2018, 52 cas d'abcès amibiens sur 10 ans ont été recensés dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G au Mali [5]. En 2019 il a représenté 0,49% des hospitalisations dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré [1].

Le diagnostic de l'abcès amibien est clinique et devant la triade de FONTAN : Hépatomégalie, hépatalgie et fièvre, confirmé par l'aspect chocolaté de pus et la positivité de la sérologie amibienne [6]. La gravité est la survenue de complications à savoir : la rupture de l'abcès, l'extension de proche en proche [1]. Le traitement associe les amoebicides et la ponction écho-guidée. Le traitement médical exclusif est réservé aux abcès non compliqués et ou de diamètre inférieur à 10 cm [1, 2, 7]. La ponction écho-guidée est indiquée lorsque le traitement est insuffisant et /ou le volume de l'abcès est supérieur à 10 ml non rompu [1, 2, 7].

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

Le pronostic dépend du diagnostic précoce [6].

Au Mali, peu d'études ont été menées à propos de cette affection. KEITA [8]

En 1989 a enregistré 10 abcès amibiens du foie en 15 mois à l'hôpital du Point G, SACKO [9] en 2003 à opéré 10 abcès du foie dans le service de chirurgie « A et B » de l'hôpital du point G. Ces quelques.

OBJECTIFS

Les objectifs :

Objectif général

Etudier la place de l'échographique dans l'abcès amibien du foie au service de radiologie et d'imagerie médicale de l'hôpital mère enfant de Luxembourg.

Objectifs spécifiques

- Décrire les aspects échographiques d'un abcès amibien du foie
- Déterminer les aspects épidémiologiques d'un abcès amibien du foie
- Décrire les aspects thérapeutiques.
- Faire des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge de l'abcès amibien du foie.

GENERALITES

II. GENERALITE

1. Définition

L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique hépatique induite par *Entamoeba histolytica* [10,11]

On distingue :

- Des formes asymptomatiques : amibiase infection due à la présence de la forme « minuta » saprophyte de l'intestin avec émission de kystes dans les selles ;
- Des formes symptomatiques : amibiase maladie correspondant à l'envahissement des tissus dont le foie par la forme « histolytica »

Elle reste la cause essentielle des abcès du foie en milieu tropical.

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

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

Toujours secondaire à une amibiase intestinale, dans un délai variable allant de quelques semaines à plusieurs années, la localisation hépatique en est la complication la plus fréquente. Elle concerne 1 à 20 % des personnes atteintes d'amibiase invasive jusqu'à 25 % en Asie du Sud-Est. Le diagnostic est clinique, radiologique et immunologique.

Le traitement médical basé sur les 5 nitro-imidazolés, est le traitement privilégié de la maladie.

Les indications de la chirurgie sont de nos jours réduites et réservées aux seules complications de la maladie.

2. Rappels épidémiologiques [10, 11,12]

2.1 Agent pathogène :

Entamoeba histolytica est un protozoaire de l'homme qui en constitue le réservoir principal.

Il se présente sous trois formes :

- Une forme végétative « minuta » saprophyte de la lumière intestinale
- Une forme végétative « histolytica » hématophage et pathogène. Elle est observée dans les ulcérations intestinales, les selles dysentériques et les coques des abcès du foie ou d'autres organes.

- Une forme kystique, généralement quadri-nuclée. Les kystes sont rejetés dans les selles des malades et/ou des porteurs sains. Ils assurent la contamination et la pérennité de l'espèce.

2.2 Cycle évolutif : Il est double et comporte :

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

2.3 Cycle pathogène :

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

2.4 Cycle non pathogène :

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

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

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

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

3. Répartition géographique :

L'amibiase infestation est cosmopolite et touche 6 à 10% de la population mondiale.

Elle est plus fréquente en zone tropicale et intertropicale qu'en zone tempérée.

ASPECT ÉCHOGRAPHIQUE DE L'ABCÈS AMIBIEN DU FOIE AU CHME

Elle sévit à l'état endémique dans les pays chauds et dans une zone comprise entre les isothermes 25°C de juillet et 25°C de janvier.

4. Réservoir de parasite :

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

5. Transmission :

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

6. Rappels anatomiques du foie : [13,14 ,15]

6.1 Situation :

Le foie est un organe thoraco-abdominal.

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

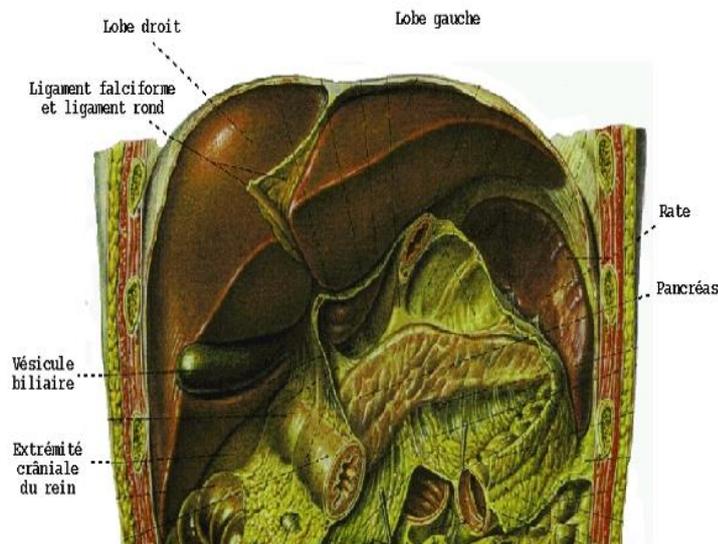


Figure 1 : Position du foie par rapport aux viscères abdominaux.

6.2 Couleur et consistance :

Le foie est rouge brun.

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

6.3 Poids et dimensions :

Le foie est l'organe le plus volumineux de l'organisme.

Son poids est d'environ 1500 grammes sur le cadavre.

Chez le vivant, le foie contient en plus 800 à 900 grammes de sang.

Il mesure en moyenne 28 centimètres dans le sens transversal, 16cm de haut et 8cm d'épaisseur dans la région la plus volumineuse du lobe droit.

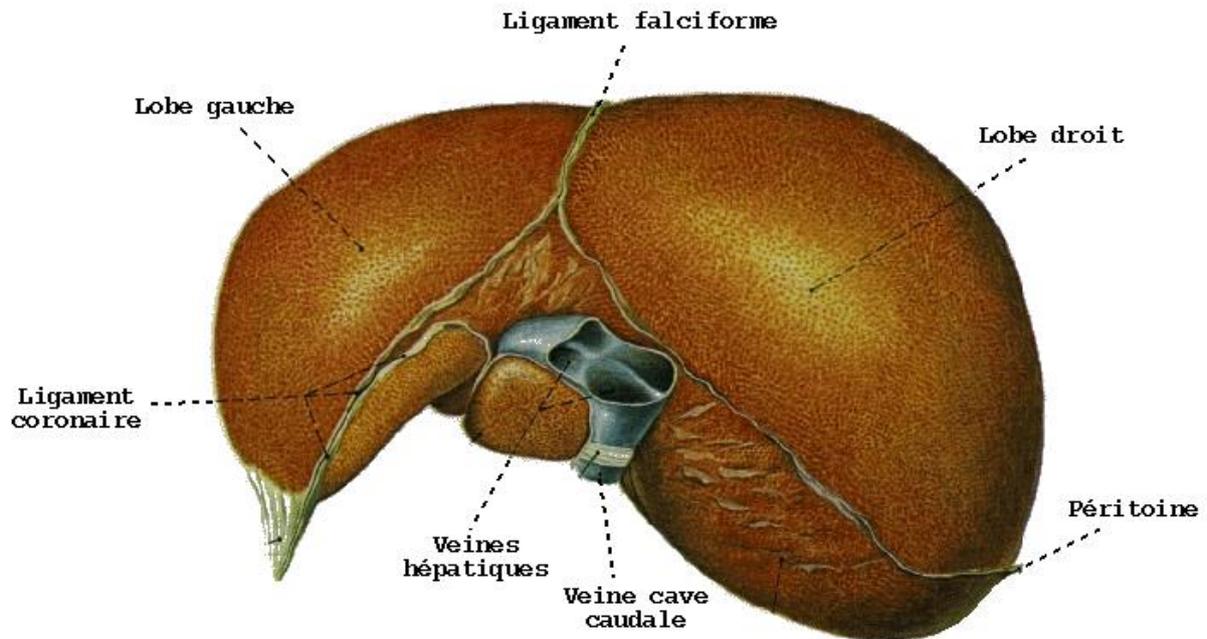


Figure 2 : Vue postéro-supérieure

Face diaphragmatique du foie, partie supérieure. On distingue en particulier les lobes gauche et droit ainsi que les ligaments. [16]

6.4 Configuration et rapports :

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

Il présente trois faces et deux bords.

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

- Le segment antérieur entre en contact avec la paroi abdominale antérieure. Il est parcouru par l'insertion du ligament falciforme (ligament suspenseur) qui le divise en 2 bords (droit et gauche).
- Le segment supérieur se moule en haut sur la concavité du diaphragme. Sa partie latérale droite est à peu près entièrement recouverte par la cage thoracique et s'élève, comme le diaphragme, jusqu'au quatrième espace intercostal.
- Le segment postérieur est vertical et présente une concavité transversale très prononcée, qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale. Il est limité en bas par le bord postérieur.

On y trouve deux sillons verticaux :

- Le sillon vertical droit ou sillon de la veine cave inférieure : c'est une gouttière profonde et large, contenant la veine cave inférieure.
- Le sillon vertical gauche ou sillon du canal veineux : son extrémité supérieure aboutit à l'extrémité supérieure du sillon de la veine cave.

❖ Face inférieure ou viscérale

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

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

Position du foie par rapport aux viscères abdominaux sur le bord antérieur de la glande une échancrure à laquelle aboutit l'extrémité antérieure du ligament falciforme.

- sillon antéropostérieur droit : c'est en réalité une large gouttière peu profonde, plus large en avant qu'en arrière. Cette gouttière est appelée fossette cystique parce qu'elle répond à la vésicule biliaire.
- sillon transverse encore appelé hile du foie, s'étend entre les deux sillons antéropostérieurs. Il mesure 6 à 7 centimètres de longueur et 1.5 centimètres de largeur. Il est occupé par les organes qui vont au foie ou qui en partent (vaisseaux, nerfs, voies biliaires).

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

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

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

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

-Le lobe de SPIEGEL : il est placé en arrière du hile, entre le sillon du canal veineux et le sillon de la veine cave inférieure. Il est allongé de haut en bas et appartient presque entièrement au segment postérieur de la face viscérale du foie.

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

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

❖ **Face postérieure** : elle est verticale et présente une concavité transversale très prononcée, qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale.

Sa partie la plus haute se trouve à droite de la veine cave inférieure ; à partir de là, sa hauteur diminue graduellement vers les extrémités.

Elle est limitée en bas par le bord postéro-inférieur, en haut par le bord postéro-supérieur du foie et se divise en trois segments (droit, moyen ou segment de SPIEGEL et gauche) par deux sillons verticaux (sillon de la veine cave inférieure et sillon d'ARANTIUS)

❖ Bords :

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

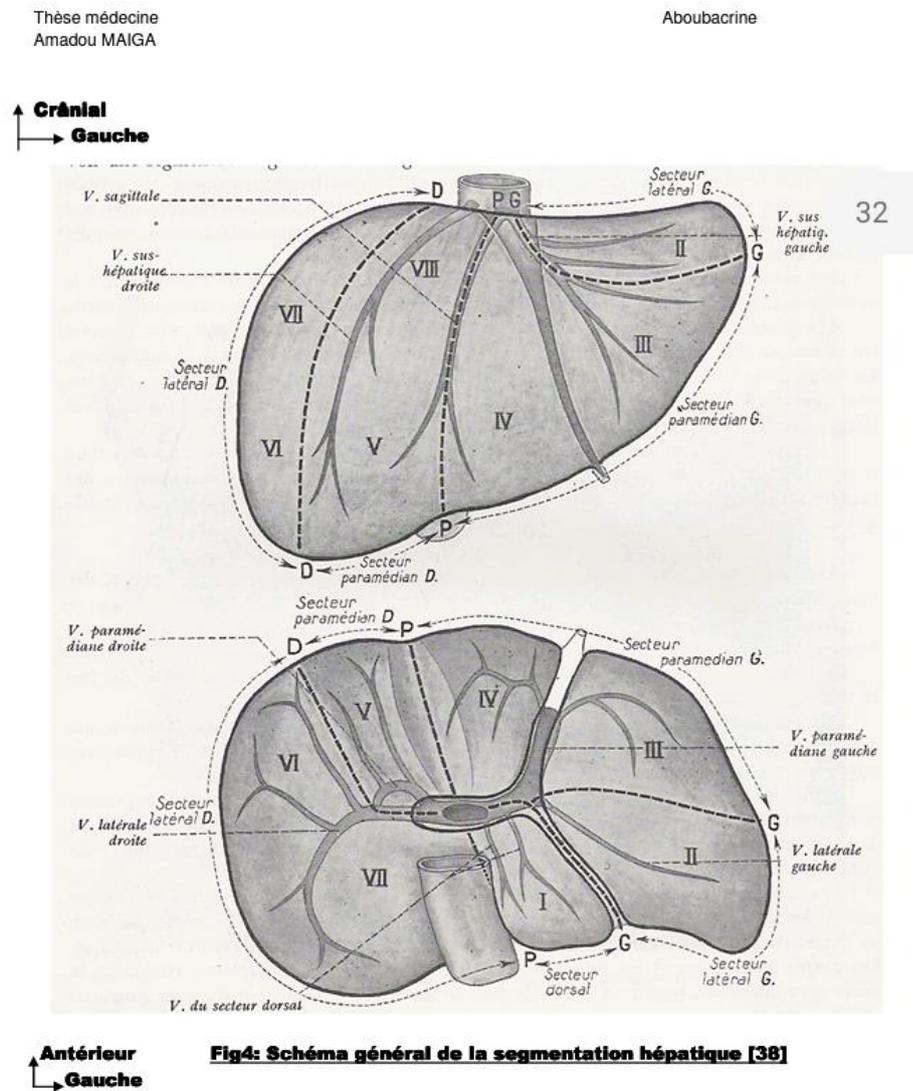


Figure 3 : Schéma général de la segmentation hépatique

6.5 Moyens de fixité :

Le foie est solidement maintenu en place par :

-du tissu conjonctif très dense qui unit étroitement au diaphragmatique le segment droit de sa face postérieure ;

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

6.6 Vaisseaux et nerfs :

6.6.1 Les vaisseaux :

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

6.6.1.1 La veine porte :

Elle naît de la confluence du tronc spleno-mésaraïque et la veine mésentérique supérieure.

Elle se divise au niveau du hile en deux branches, l'une droite et l'autre gauche :

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

-la branche gauche qui avant de pénétrer dans le lobe gauche, envoie quelques collatéraux aux lobes carrés et de SPIEGEL.

6.6.1.2 L'artère hépatique :

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

6.6.1 3 Les veines sus-hépatiques :

Elles assurent :

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

6.6.1.4 Les lymphatiques :

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

6.6.2 Les nerfs :

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

6.7 Segmentation hépatique :

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

Un secteur dorsal, à cheval sur les deux lobes

Quatre secteurs, para-medians et latéraux, qui composent les lobes droit et gauche. Les secteurs sont divisibles en deux segments sauf le secteur dorsal et le secteur latéral gauche qui sont mono-segmentaires.

Ainsi on compte huit segments numérotés sur la face inférieure du foie en tournant autour du tronc porte, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

6.8 Physiopathologie : [10]

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

Par effraction des veinules, ils gagnent le système porte dont le flux assure leur transport passif jusqu'au niveau du foie.

La destruction tissulaire semble résulter de la lyse des leucocytes et des macrophages par les trophozoïtes.

Cette lyse libère des produits toxiques qui provoquent la nécrose du tissu hépatique.

Le processus progresse de façon centrifuge, conduisant à la coalescence des foyers de nécrose contigus.

On ne trouve les amibes et les cellules inflammatoires qu'à la périphérie de la cavité.

La réponse immunitaire produit des anticorps sériques qui n'empêchent pas la progression de la maladie. Ils apparaissent vers le septième jour et certains peuvent persister pendant des années.

Après guérison et bien que des récurrences soient possibles, ces anticorps semblent exercer un certain effet protecteur.

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

6.8.1 Anatomie pathologique : [10]

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

Le fait qu'il constitue une masse tissulaire plus importante que celle du lobe gauche ne suffit pas à l'expliquer.

On pense qu'intervient également la miction imparfaite dans la veine porte des flux provenant de la veine mésentérique supérieure et de la veine splénique : l'un s'écoule de manière sélective vers le lobe droit, l'autre vers le lobe gauche.

A l'examen histologique, la partie centrale de la cavité nécrotique est faite d'un liquide plus ou moins épais, d'une teinte allant du jaune au brunâtre (« chocolat »), d'odeur fade.

Dépourvue ou presque de cellules en particulier de polynucléaires, en règle abactérienne, la collection n'a pas la composition du pus stricto sensu. La paroi est formée par un tissu de granulations denses avec des polynucléaires neutrophiles, des macrophages, des trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica* au sein d'un tissu hépatique en voie de destruction.

Chez les malades traités, elle s'entoure d'une bande mince de collagène de type. La zone de transition entre liquide et paroi renferme des cellules nécrosées, des débris amorphes, des globules rouges, des globules graisseux, des pigments hépatiques qui donnent au pus sa couleur.

En cas d'abcès vieilli ou chronique, on assiste à la formation d'une coque scléreuse. A la périphérie, le tissu hépatique est comprimé, légèrement inflammatoire, avec un oedème interstitiel et une fibrose sinusoidale. Le refoulement ou l'effraction des canaux biliaires et la compression des canalicules par extension du processus inflammatoire à l'atmosphère cellulaire des espaces portes expliquent pour une part l'ictère, lorsqu'il existe. L'extension du processus peut outrepasser les limites du foie et gagner les organes voisins : c'est le stade des complications

7. Diagnostic :

7.1. Etude clinique :

7.1.1. Forme aiguë typique [17, 10, 12]

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

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

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

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

- L'hépatomégalie : constatée dans 50 à 74% des cas, elle est souvent modérée mais peut devenir importante ou déterminer une voussure pariétale en regard de l'abcès. De consistance normale ou ferme, à surface lisse rarement bosselée, prédominant sur un lobe, elle a pour caractère essentiel sa sensibilité à la palpation. L'exploration unidigitale des espaces intercostaux trouve quelquefois un point douloureux exquis auquel on accorde une valeur localisatrice (signe de Bordess et Blanc). La douleur que provoque l'ébranlement en masse du foie, par percussion de la base thoracique droite, ne doit être recherchée qu'avec prudence car peut être syncopale.

- Les signes cliniques associés : À cette triade symptomatique fortement évocatrice, vient s'ajouter très souvent un cortège de signes qui peuvent être présents dès le début mais se voient plus volontiers dans les formes évoluées.

Il s'agit : -de signes digestifs à type d'anorexie globale (79% des cas) d'aggravation progressive, de nausée, de vomissement, de diarrhée

-d'une altération de l'état général, d'une asthénie physique avec sensation de malaise ;

-des signes pleuro pulmonaires à type de toux irritative, de dyspnée (10% des cas), ils orientent le diagnostic en zone d'endémie ;

-d'autres signes comme l'ictère cutanéomuqueux, fréquent sous les tropiques, a une signification pronostique défavorable.

7.2. Les examens complémentaires :

7.2.1. Imagerie :

L'échographie : En première intention, c'est l'examen de choix en raison de son efficacité, de sa facilité et de son innocuité.

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

L'absence de lésion ne doit ni faire récuser le diagnostic présumé ni retarder la prescription d'un traitement spécifique. Les jours suivants, vont apparaître des signes plus évocateurs.

Il s'agit d'abord d'une zone hypoéchogène sans limites nettes, initialement hétérogène, puis homogène sans renforcement postérieur. Le passage de la sonde à son aplomb est souvent douloureux.

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

L'existence de cloison de refend est possible.

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

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

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

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

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

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

7.2.2. Examens parasitologiques :

7.2.2.1. Analyse cytot bactériologique du pus :

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

7.2.2.2. Analyse des selles : a peu d'intérêt :

Négatif il n'élimine pas le diagnostic ; positif, il ne l'affirme pas davantage, qu'il montre des formes histolytica, des formes minuta ou des kystes.

7.2.2.3. La rectosigmoïdoscopie :

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

7.2.2.4. La sérologie amibienne :

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

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

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

L'hémagglutination passive : c'est un test très sensible mais avec un risque de faux positifs.

Elle a une plus grande valeur lorsque l'amibiase hépatique est vue en dehors d'une amibiase colique.

Une sérologie fortement positive est très évocatrice d'amibiase viscérale, en particulier hépatique. Cependant, des taux élevés s'observent parfois au cours d'une amibiase intestinale aiguë ou longtemps après la guérison d'une amibiase tissulaire connue ou non.

A l'inverse une sérologie négative n'élimine pas formellement l'amibiase hépatique, surtout au début.

7.2.3. Les examens biologiques courants :

Ont une valeur d'orientation, ils sont néanmoins fondamentaux pour suivre l'évolution sous traitement.

La plupart d'entre eux se normalisent en 8 à 14 jours de façon progressive.

De nombreux auteurs insistent sur la valeur de la VS pour suivre l'effet du traitement.

L'hémogramme décèle une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une anémie modérée.

La vitesse de sédimentation est accélérée, à plus de 50 mm à la première heure (avec des extrêmes de 5 à 161mm). Une VS supérieure à 80 à la première heure est en faveur d'une suppuration profonde ou d'un syndrome inflammatoire

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

Les tests hépatiques (les transaminases hépatiques, la bilirubine et les phosphatases alcalines) sont peu perturbés.

L'électrophorèse des protides montre une hypo albuminémie, une augmentation importante des Alpha2-globulines et modérée des Gammaglobulines.

8. L'évolution :

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

Il n'en va pas ainsi dans les pays en voie de développement où la malnutrition, les agressions poly parasitaires et infectieuses, le recours en première intention à la médecine traditionnelle ont pour conséquence une gravité accrue de la maladie.

L'abus d'alcool fréquent dans certains pays, semble exercer un effet délétère. Les taux de mortalité de 4 à 18% sont en fait très variables selon les lieux et l'époque.

Sous traitement adapté, l'évolution habituelle est la guérison sans séquelles. La douleur et l'anorexie s'atténuent en général très vite pour disparaître en quelques jours. La température se normalise en 3 à 5 jours, quelquefois après une cassure brutale dès la 12ième heure.

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

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

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

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

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

8.1 Les complications :

Le risque évolutif est l'extension du processus aux organes voisins.

Rares en France, les complications qui en résultent sont fréquentes en zone tropicale (12 à 36%) responsables de l'essentiel de la mortalité liée à cette maladie. Une complication peut être inaugurale du tableau clinique ou survenir même malgré un traitement adéquat.

Globalement les complications pleuro pulmonaires sont les plus fréquentes. L'atteinte péricardique est très rare (moins de 1%), elle est propre aux abcès du lobe gauche.

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

La rupture brutale de l'abcès, elle concerne soit la cavité fermée d'une séreuse (par ordre décroissant de fréquence plèvre, péritoine, et péricarde), soit dans un organe creux (arbre bronchique, intestin). En cas de rupture pleurale, surviennent un état de détresse respiratoire et éventuellement un état de choc. En cas de rupture péritonéale, s'installe un tableau de péritonite aiguë qui peut simuler une rupture viscérale. La rupture intra péricardique provoque une tamponnade aiguë. La rupture dans un organe creux se drainant naturellement vers l'extérieur donne également lieu à un tableau bruyant : douleur suivie de vomique abondante, puriforme ou brune, avec détresse respiratoire en cas de rupture bronchique, débâcle diarrhéique puriforme en cas de rupture dans le tractus digestif.

L'extension de proche en proche est le mode le plus fréquent.

9. Les formes cliniques :

9.1. Les formes symptomatiques :

La fièvre peut être isolée, manquer ou rester discrète.

Les douleurs sont souvent atténuées ou ectopiques. Contrairement à l'opinion classique, un ictère de type variable cytolytique ou rétentionnel peut survenir. Les complications pleuro pulmonaires sont parfois plus bruyantes que les manifestations hépatiques.

9.2. Les formes topographiques :

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

9.3. Les formes subaiguës, voire chroniques :

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

9.4. Les formes graves, suraiguës ou compliquées :

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

10. Diagnostic différentiel :

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

- Les abcès à pyogènes du foie sont moins fréquents que les abcès amibiens en milieu tropical. Ils compliquent habituellement une septicémie, une angiocholite, une dilatation congénitale des voies biliaires intra-hépatiques, un foyer abdominal infecté. La difficulté réside dans

l'existence d'abcès bactériens en apparence primitifs et d'amibiases surinfectées.

- Le cancer primitif du foie, fréquent en Afrique noire, simule d'assez près l'amibiase hépatique. L'échec du traitement d'épreuve au Métronidazole, l'absence d'anticorps spécifiques amibiens à un titre élevé, la mise en évidence d'une alphafoetoprotéine dans le sérum du malade, les données laparoscopiques et histologiques permettent la distinction.
- Certaines cirrhoses sont douloureuses et fébriles. Mais l'ictère, l'ascite, les oedèmes et les signes d'hypertension portale lèvent rapidement le doute.
- Le kyste hydatique du foie surinfecté peut être confondu avec une amibiase. L'erreur est grave quand elle conduit à la ponction du kyste.

11. Traitement :

11.1. But :

- Eradiquer l'amibe
- Evacuer la collection
- Corriger les désordres métaboliques et hémodynamiques.

11.2. Moyens de traitement :

11.2.1. Traitement médical :

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

Le Métronidazole se présente en comprimés de 250 et 500mg, en flacon de 500mg/100ml pour solution injectable et en suspension buvable à 4% (125mg/CC).

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

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

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

11.2.2. La ponction écho guidée :

Utilise une aiguille de calibre suffisant (16-18G) pour évacuer un pus épais. Elle peut être éventuellement répétée. Certains instillent au décours, un produit de contraste pour apprécier le volume de la cavité et ses connections éventuelles avec l'arbre biliaire ou avec les organes voisins. D'autres instillent un amoebicide dilué mais toutes ces pratiques sont contestées. La ponction soulage la douleur, son effet favorable sur la défervescence fébrile et la durée

d'hospitalisation reste controversé pour les abcès non compliqués. Elle n'est pas exempte d'incidents (hémorragie, fistulisation à la peau et surinfection bactérienne).

11.2.3 Le drainage transpariétal percutané :

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

11.2.4. Le drainage chirurgical :

Consiste à la mise à plat de la collection hépatique à travers une incision de la paroi abdominale et à poser un drain. Il est indiqué dans les abcès fluctuants ou les abcès fistulisés à la peau.

11.2.5. La coelio-chirurgie :

Elle est indiquée dans le traitement des formes compliquées de rupture ou de fistule mais reste de pratique peu courante dans les pays en voie de développement.

11.2.6. La chirurgie classique :

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

11.3. Les indications thérapeutiques : [10, 18]

11.3.1. Traitement médical exclusif :

Abcès non compliqués et/ou de diamètre inférieur à 10cm.

11.3.2. La ponction écho-guidée :

Les indications les plus courantes sont :

- L'absence de réponse ou aggravation sous traitement médical,

La nécessité de soulager rapidement une douleur vive ou non calmée par les moyens habituels,

- Les abcès de diamètre supérieur à 10cm ;
- Les abcès du lobe gauche.

11.3.3. Le traitement chirurgical : il est réservé aux complications :

11.4. La prophylaxie :

De nos jours elle repose sur les mesures d'hygiène et l'éducation pour la santé, destinées à éviter la contamination féco-orale. On ne dispose pas d'une chimioprophylaxie fiable. Les recherches à l'élaboration de vaccin connaissent des résultats encourageants. La protection contre l'amibiase hépatique a été obtenue chez des animaux de laboratoire au moyen de sous unités de certaines enzymes du parasite par des peptides de synthèse qui en reproduisent la structure [10].

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE.

1. Le matériel :

Notre appareil était du type VOLUSION muni de trois sondes (une sonde sectorielle 3,5MHz ; une sonde barrette 7,5MHz ; et une sonde endo cavitaire).

L'examen a été réalisé par un médecin spécialiste en échographie.

2. Site d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de radiologie du CHME de Bamako

Sise dans la commune 4 de Bamako

2.1. Présentation du District sanitaire de la commune IV

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI. Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/cm DU 18 AOÛT 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- La loi N°95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 954-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

2.1.1. Données géographiques :

La commune IV est située dans la partie Ouest de Bamako.

Elle couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

Elle est limitée :

- À l'Ouest par la commune du Mandé (cercle de Kati) ;
- À l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;

- Au Sud par le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PDS CIV Mars 2001).



IV. Figure 4 : Représentation cartographique de la commune IV.

2.1.2. Données sociodémographiques :

La population totale de la commune IV en 2018, est estimée à 407.074 habitants (Source DNSI, actualisation de population selon le recensement RGPH).

La commune IV représente 17% de la population totale du District de Bamako et 2 % de la population totale du Mali. Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé et Lassa est le moins peuplé. La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV.

2.1.2.1. Structures sanitaires :

Au total, le territoire de la commune CIV est couvert par 10 aires de santé de niveau 1 et une structure communautaire de niveau 2.

- ✓ Structures communautaires de premier niveau (au nombre de 10 dont 9 communautaires) :

Il s'agit des centres de santé communautaire (CSCOM) de :

L'ASACOSEK, L'ASACOLAI, L'ASACOLAB5, L'ASACOLAII, L'ASACODIP, L'ASACOLABASAD, L'ASACOSEKASI, L'ASACODJENEKA, L'ASACOHAM et la Maternité René CISSE d'Hamdallaye.

- ✓ Structure communautaire de deuxième niveau :

Elle est représentée par le centre de Santé de Référence de la commune IV.

2.1.2.2. Structures privées :

Les structures sont au nombre de quarante-huit)

- ✓ Cliniques :(au nombre de 17)

Faran Samaké, Fraternité, Acti Santé, Serment, Lafia, Eureka, Lac Télé, Kabala, Amina, Tramed , Source de Vie , Défi , Horizon Santé , Layidou, Pasteur , Indo Africa et Djiguiya.

- ✓ Cabinets médicaux :(au nombre de 24)

Guérison, Bien Être, Moctar Théra, Efficac Santé, Maharouf, Djédjé, Kabalaso , Soins Niana , Mandé Keneya , Diakité , Bah Bintou , Espérance , Magne ne , Diassa Missa , Sabugnuma , Ouna , Baoumou , Oscar Santé , Djamadu , Moussa Keita , Molo , Stomadent , Yeelen et SageFemme Mandé.

- ✓ Centres socio-humanitaires :(au nombre de 7)

CHU le Luxembourg, EL RAZI, EL HILAL D'IRAN, Islamique Relief, CNAAM, AMALDEME et Mali Gavardo.

2.2. Présentation de l'hôpital



Figure 5 : Centre hospitalier Mère Enfant « le Luxembourg ».

Situé à l'Ouest de Bamako dans le quartier d'Hamdallaye et bâti sur une superficie de 3.461 m², le centre hospitalier " Mère-Enfant" le Luxembourg (CHUME) a été inauguré le 24 Novembre 1998 et il a débuté ses activités en Mai 1999. Il appartient à la fondation pour l'Enfance (F.P.E) dirigée par Madame TOURE Lobo TRAORE Présidente de la fondation. La structure a été reconnue d'utilité publique par le décret N°93-271 P-RM du 06 Août 1993.

Le Ministère de la santé et la Fondation pour l'Enfance sont signataires d'une convention qui précise les engagements de la Fondation pour l'Enfance et du Ministère. La Fondation pour l'Enfance à travers le CHUME « Mère –Enfant » le Luxembourg s'engage à :

- Faciliter l'accès aux soins de qualité qu'ils soient curatifs, préventifs ou promotionnels conformément aux directives nationales de la politique sur la santé en république du Mali ;
- Mettre à la disposition des malades au sein du CHUME des médicaments en DCI aux coûts abordables ;
- Le Ministère de la santé s'engage à fournir, dans la mesure de ses moyens l'appui dont la FPE aura besoin en vue d'atteindre ses objectifs ;

- Le Ministère de la Santé s'engage à mettre à la disposition du CHUME le Luxembourg sur demande du personnel correspondant à ses besoins. Ce personnel rémunéré par le Ministère Santé sera régi par les textes portant fonctionnement du CHUME le Luxembourg ;
- Le Ministère de la Santé s'engage à favoriser la collaboration entre le personnel du CHUME et les autres travailleurs sociaux sanitaires du département et les contrats avec toute institution et organisation à vocation sanitaire.

Un accord de partenariat a été conclu 10 Novembre le 2005 au Luxembourg avec la FPE afin de mettre en œuvre une collaboration régulière, pratique dans l'intérêt du CHUME.

2.2.1. Statut

C'est un centre Hospitalier Universitaire privé de 3^{ème} niveau selon la loi Hospitalière, à but non lucratif et reconnu d'utilité publique.

2.2.1.1. Les missions du CHUME

Le CHUME est un hôpital de 3^{ème} référence ouvert aux malades référés par les CSCOM mais aussi par les structures de 3^{ème} niveau pour les cas nécessitant une intervention spécialisée à vocation humanitaire. A ce titre assure quatre missions principales :

- Assurer le diagnostic, le traitement des patients et en particulier les femmes et les enfants ;
- Assurer la prise en charge des cas référés et des urgences ;
- Assurer la formation continue des professionnels de santé et des étudiants ; Conduire les travaux de recherche dans le domaine de la santé.

2.2.1.2. Les services cliniques

Les activités cliniques sont regroupées en six (06) services et 10 unités.

Les activités sont essentiellement focalisées sur la promotion de la santé de la mère et de l'enfant et se répartissent comme suit :

- Le service de pédiatrie comprend : une unité de pédiatrie générale, une unité de Néonatalogie rendu fonctionnelle en 2012
- Le service de médecine interne comprend : La cardiologie ; La médecine générale ; La gastro entérologie ; La neurologie ; La rhumatologie ; La dermatologie ; L'endocrinologie ; L'oncologie
- Le service de gynéco-obstétrique comprend : une unité de gynécologie ; une unité d'obstétrique ; une unité de vaccination

ASPECT ÉCHOGRAPHIQUE DE L'ABCÈS AMIBIEN DU FOIE AU CHME

- Le service de chirurgie comprend : une unité de chirurgie Pédiatrique ; une unité de chirurgie générale ; une unité de neurochirurgie ; une unité d'ORL ; une unité de Stomatologie ; une unité d'Ophtalmologie
- Le service de chirurgie traumatologique et orthopédique
- Le service de d'anesthésie et de réanimation : une unité de réanimation ; une unité d'anesthésie ; une unité des urgences
- Le service de laboratoire
- Le service d'imagerie médicale
- La Pharmacie hospitalière

Les services Administratifs : La Direction Générale ; La télémédecine (keneya Blown) ; Le service social ; Le service de maintenance Autres prestations

- Missions humanitaires périodiques organisées dans le cadre de la coopération médicale avec les médecins étrangers pour la réalisation d'activités ponctuelles ;
- Evacuations sanitaires des enfants malades souffrant essentiellement de cardiopathies congénitales à l'extérieur du Mali.

3.3 Type et période d'étude :

Notre étude est descriptive d'un cas clinique portant sur une observation. Il s'agissait d'un homme de 30 ans adressé au CHUME pour une échographie abdominale.

RESULTATS

V. III. RESULTATS.

1. Observation

1.1 Identité du patient

Il s'agissait d'un patient âgé de 30 ans, né en 1992 à Niamakoro Koko (District de Bamako).

Profession : Chauffeur

Célibataire sans enfants.

1.2 Motifs de consultation :

Un patient avait été reçu ce jour 25/01/2022 aux urgences pour douleur abdominale accentuée au niveau de l'hypochondre droit associé à une diarrhée liquidienne et un ictère évoluant trois jours avant ; ce qui a motivé son orientation dans le service de cardiologie du CHUME du Mali.

1.3 Histoires de la maladie :

Le début de la maladie remonterait le 19 janvier 2022 marquer par une douleur abdominale diffuse sans facteurs déclenchant ni d'accalmie accentuée au niveau de l'hypochondre droit accompagner d'une diarrhée liquidienne (deux selles par jours).

Une douleur de l'épaule droite, une orthopnée, une hypersudation, une polydipsie, amaigrissement progressive.

Devant ces tableaux cliniques il consulte dans un centre de santé de la localité où il a reçu un traitement à base de quinine sans succès.

Vu l'évolution sa famille décide de l'amener au CHUME pour une consultation et une prise en charge.

L'échographie abdominale objective un abcès hépatique.

2. Examen clinique :

Retrouve un ictère cutanéomuqueux, une sensibilité abdominale très élevée de l'hypochondre droit, un syndrome cholestatique devant l'ictère, une fièvre à 39 degrés, un amaigrissement.

3. Antécédents :

- Médicaux : néants
- Chirurgicaux : néants
- Familiaux : néants
- Tabac (+) fumeur de cigarettes
- Thé (+) ; alcool (-) ; cola (-) ; café (+)

4. Examens para cliniques :

- Glycémie à jeun ; Créatinémie et transaminases élevée
- Sérologie VIH : Négatif

ASPECT ÉCHOGRAPHIQUE DE L'ABCÈS AMIBIEN DU FOIE AU CHME

- NFS : anémie microcytaire à 3,81g d'Hb + Thrombocytose (taux des plaquettes : 198 000/mm³)
- Spo₂ :97
- Créat élevée (127mmol/l)
- HT 35, 9%; VGM 94 fl ; TCMH 31 pg (N 27-32)
- Widal : Négatifs ; GE : 80trophozoides
- CRP élevé à 48 mg/l (N inférieure ou égale à 6mg)
- Bilan lipidique (cholestérol total, HDL, LDL, Triglycérides)
- Normal
- Hyperleucocytose, Albumine bas.
- La sérologie amibienne.
- La Pyo culture.
- L'examen parasitologique des selles fraîchement émises.
- Protéinurie de 24heures
- Bilirubine directe et indirect
- AgHbs et HVC
- Radiographie du thorax.

5. L'imagerie :

L'échographie abdominale réalisée sur le patient en décubitus dorsal Elle montre de multiples petites poches d'abcès au niveau hépatique :

- Atteinte du foie droit (+++ segment VII et VIII) avec une topographie périphérique sous capsulaire majoritairement
- Lésion est unique généralement.
- Taille volumineuse avec une moyenne de 7,6 cm.
- Contours réguliers ou lobulés
- Capsule fine rehaussée au temps artériel
- Œdème péri lésionnel
- La Radiographie pulmonaire indique la présence de la pleuro pneumopathie droite.
- La TDM indique mieux le diagnostic.

Conclusion

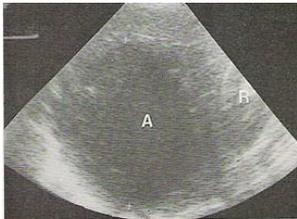
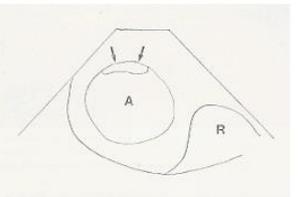
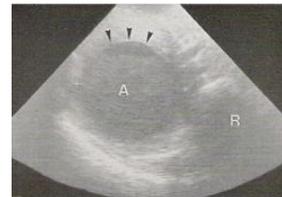
L'imagerie aidera au diagnostic, mais celui-ci sera posé sur les données de la sérologie.

Le radiologue devra émettre l'hypothèse d'abcès amibien dans sa conclusion devant les critères d'imagerie que nous avons cités dans cette étude.

6. Iconographie



Lésion hypoéchogène homogène avec des fins échos en suspension : aspect au stade primaire de l'abcès. A= Abcès [15]



chez une femme de 29 ans.

Lésion hypo-échogène non homogène mouvant du foie droit sans limite précise mesurant 97 mm de grand axe. A= Abcès, R= Rein. [15]



Fig6 : Coupe transversale sous costale droite chez une femme.

Volumineux abcès collecté avec des contours en « coque » de 125 mm du foie droit [15]



Figure 6 : Image d'un aspect multiple du foie droit et aspect unique de foie droit.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

4.1 Les limites de l'étude

Nous n'avons pas rencontré de difficulté majeure au cours de la prise en charge du patient.

Les moyens financiers du patient et de sa famille étaient satisfaisants.

Tous les bilans demandés ont été réalisés sans difficulté.

Notre patient est guéri sans séquelle.

4.2 Aspect épidémiologique :

Au Mali, peu d'études ont été menées à propos de cette affection. KEITA [8]

En 1989 a enregistré 10 abcès amibiens du foie en 15 mois à l'hôpital du Point G, SACKO [9] en 2003 à opéré 10 abcès du foie dans le Service de chirurgie « A et B » de l'hôpital du point G.

L'âge de notre patient était de 30ans, Il était de sexe masculin ce qui corrobore parfaitement avec la littérature qui trouve une prédominance masculine.

Sur le plan clinique : l'abcès amibien est diagnostiqué devant la triade de FONTAN :

Hépatomégalie, hépatalgie et fièvre, confirmé par l'aspect chocolaté de pus et la positivité de la sérologie amibienne [6]. Cela sur un terrain de certains facteurs comme le tabagisme, l'alcoolisme, mauvaises conditions sociales économiques, ces mêmes symptômes étaient retrouvés dans l'étude faite.

4.3 Sur le plan imagerie

L'échographie abdominale réalisée sur le patient montre de multiples petites poches d'abcès au niveau hépatique. La morbidité est faible. Lorsque l'amibiase hépatique est diagnostiquée précocement, la mortalité est inférieure à 1% [1, 2].

4.4. Sur le plan thérapeutique

Le traitement de l'amibiase hépatique se fait par un amoebicide tissulaire à base de 5-nitro-imidazolés comme le métronidazole (flagyl®) pour une durée de 10 jours ou par tinidazole pour une durée de 5 jours ; ainsi qu'un amoebicide de contact l'hydroxyquinoline comme le tiquinol+tilbroquinol (Intétrix®) [25].

Le traitement par drainage percutané échographique ou scanno-guidé reste le traitement de choix pour pratiquement la totalité des auteurs et cela grâce aux bons résultats produits, à la diminution du séjour hospitalier et à la diminution du taux de complications.

ASPECT ÉCHOGRAPHIQUE DE L'ABCÈS AMIBIEN DU FOIE AU CHME

Le traitement chirurgical reste indiqué en cas d'échec du traitement percutané, dans le traitement étiologique et dans les cas associant d'autres lésions nécessitant l'abord chirurgical.

CONCLUSION

CONCLUSION.

L'échographie abdominale qui reste l'examen de choix pour la majorité des auteurs mais le scanner, comme déjà précisé, permet de donner un diagnostic plus exact en précisant son étiologie comme l'origine biliaire pour les abcès à pyogènes, en donnant le diamètre exact de l'abcès hépatique de sa localisation et en détectant les probables complications de voisinage.

Une antibiothérapie puissante adaptée est essentielle associant deux voire trois antibiotiques pour couvrir tous les germes qui peuvent être en cause de l'abcès hépatique.

Le traitement par drainage percutané écho ou scanno-guidé reste le traitement de choix pour pratiquement la totalité des auteurs et cela grâce aux bons résultats produits, à la diminution du séjour hospitalier et à la diminution du taux de complications.

Le traitement chirurgical reste indiqué en cas d'échec du traitement percutané, dans le traitement étiologique et dans les cas associant d'autres lésions nécessitant l'abord chirurgical.

La précocité du diagnostic et du traitement sont les éléments déterminants pour diminuer la mortalité de cette affection.

Les éléments pronostiques sont : l'âge avancé, le retard diagnostique, la présence de tares, la présence de l'ictère, l'existence

RESUME.

L'abcès amibien du foie se définit comme une collection suppurée d'origine parasitaire, située au sein du parenchyme hépatique, à l'exclusion des suppurations localisées dans des cavités préexistantes. Le germe en cause est habituellement *Entamoeba histolytica*.

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

Hépatomégalie, hépatalgie et fièvre, confirmé par l'aspect chocolaté de pus et la positivité de la sérologie amibienne [6]

La gravité est la survenue de complications à savoir : la rupture de l'abcès, l'extension de proche en proche [1]. Le traitement associe les amoebicides et la ponction écho-guidée.

Objectif général

Etudier la place de l'échographie dans l'abcès amibien du foie.

Méthodologie :

Notre étude est descriptive d'un cas clinique portant sur une observation.

Résultats :

Il s'agissait d'un jeune de 30 ans adressé au service d'Imagerie Médicale du CHUME pour échographie abdominale dont le motif de consultation était douleurs abdominales diffuse, diarrhée, douleurs de l'épaule droit, hypersudations, et polydipsie

L'échographie abdominale a montré multiples petites poches d'abcès au niveau hépatique :

Conclusion

L'échographie abdominale, le scanner ; TDM qui sont les examens de choix pour le diagnostic.

Mots clés :

Abcès, amibes, échographie, foie, scanné, pus.

RECOMMANDATIONS :

Aux personnels de santé :

- Connaitre des signes évocateurs de l'abcès amibien du foie et ses complications.
- Référer les patients à temps vers des structures spécialisées.
- Demander l'échographie devant tout cas d'hépatomégalie et hépatalgie
- La précocité du diagnostic et traitement pour éviter les complications

A la famille du patient

Faire une bonne hygiène alimentaire

A la population

- Consulter un médecin en cas de douleur abdominale.
- Fréquenter les structures sanitaires en première intention

A l'état

- Sensibiliser les agriculteurs, éleveurs, pêcheurs et petits commerçants dans le cadre de la prévention (**prophylaxie**).

REFERENCES

1. **IBRAHIM SAMAKE.** Abscès amibien du foie dans le service de Chirurgie pédiatrique de l'hôpital Gabriel touré à propos de 50 cas [Thèse Med]. Bamako: FMOS; 2019; N°19M165:101
2. **LARDIERE-DEGUELTE S, RAGOT E AMROUN K PIARDI T, DOKMAK S, BRUNO O ET AL .** Hepatic abscess: diagnosis and management. J Visc Surg 2015 ; 152(4) : 231-43
3. **Aubry P. Amibiase.** Encycl. Méd. Chir (paris, France), Thérapeutique, 1994, 25-062-A-10 : 10
4. **SANOGO M. Abscès Amibien du foie :** expérience tropicale d'une pathologie peu observée en Europe ; J Chir. Elsevier Masson 2008; 145; N°3: 300
5. **BONKOUNGOU P.** Liver abscesses in children in a tropical hospital: a seven study in the Bobo Dioulasso hospital (Burkina Faso). Médecine et maladie infectieuses, 2000; 30(12): 773-775
6. **Lodhi S, Sarwari AR, Muzammil M, Salam A, Smego RA.** Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. Trop Med Int Health 2004; 9:718-23
7. **SOUBEYRAND J, LEONETTI P, MONCANY G.** Pathologie Africaine. Méd. Inter et Echographie paris Masson, 1986 ; 7-28
8. **Adama Diaman KEITA.** Contribution à l'étude des abcès amibiens du foie à propos de 10 cas. Traitement court par le tinidazole .Thèse Méd Bamako.1989 ; n° 13
9. **Lamine SACKO.** Prise en charge des abcès du foie dans les services de chirurgie A et B de l'Hôpital du Point G. Thèse Méd Bamako 2003 ; 60p ; N°05.
10. **MOLINIER C et MENNECIER D.** Amibiase hépatique. Encycl. Méd Chir. (Elsevier Paris), Hépatologie. 1997 ; 7-027-A-10: 6
11. **NUSSAUME O. et CHERBONNEL G.** L'amibiase hépatique. Encycl Méd Chir Paris Foie Fasc 1978 ; 7027A10: 9
12. **GENTILINI M., CAUMES E., DANIS M. et al :** Amibiase. Méd tropicale. Paris Flammarion 1993: 141-154

13. CASTING D et SMAIL A. Anatomie du foie et des voies biliaires. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Hépatologie, 7-001-A-10, 1999: 12

14. G.J. TORTORA, S.R. GRABOWSKI : Principes d'anatomie et de physiologie 2ème Edition française, Anatomie foie: 840-846

15. ROUVIÈRE H. Anatomie humaine. Masson : Paris, 1978: 452-458

16.<http://www-sop.inria.fr/epidaure/FormerCollaborations/aisim/simulateur/annexeC.html> (10/03/98) Consulté le 27/02/07

17. AUBRY P. Amibiase. Ed. Technique : Encycl. Méd Chir. (Paris, France), Thérapeutique 1994; 25-062-A-10 : 10

18. HARRISON, FAUCI Anthony S, KASPER Dennis L, HAUSER Stephen L, JAMESON J L, LOSCALZO J, LONGO Dan L. Harrison - Principes de médecine interne. 18^{ème} ed ; Lavoisier : Paris, 2013 ; 4032p