

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
FACULTE DE MEDECINE DE CONSTANTINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
4^{EME} ANNEE MEDECINE

MODULE DE GASTRO- HEPATO-ENTEROLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

Abcès du foie

Pr .A. LAMARA

ABCES DU FOIE

INTRODUCTION :

Les abcès à pyogènes du foie sont causés par des bactéries, dont l'origine est principalement portale ou biliaire. [1]

Ils sont souvent uniques dans le foie droit, mais ils peuvent être situés à gauche, être multiples, bilatéraux et de taille variable. Des facteurs prédisposants et de comorbidité ont été décrits : cancer, hypertension artérielle, diabète, alcoolisme chronique, immunosuppression [1-3]. Les bactéries entraînent une nécrose du parenchyme hépatique avec formation d'une cavité contenant du pus et des débris nécrotiques. Le diagnostic d'abcès, fait par l'échographie et / ou le scanner, est confirmé par la ponction transcutanée, qui permet d'isoler le germe responsable. [3]

DEFINITION :

L'abcès du foie se définit par un amas de pus dans une cavité néoformée aux dépens du tissu hépatique environnant qui s'en trouve détruit ou refoulé [2-5]. C'est une pathologie relativement rare, dont la prévalence augmente. Son épidémiologie a changé, avec aujourd'hui la prépondérance des étiologies biliaires et coliques. Son traitement est dominé par l'antibiothérapie et le drainage radiologique et son pronostic s'est amélioré.

PATHOGÉNIE : [2 ; 5 ; 6]

L'abcès survient quand la réponse inflammatoire initiale, assurée par le système réticulo-endothélial, est incapable de lutter efficacement contre l'infection. Les bactéries atteignant le foie peuvent avoir plusieurs origines:

- Voies biliaires (30 à 70%)
- Tronc porte (10 à 20%)
- Artère hépatique (1 à 3%)
- Extension directe par contiguïté à partir d'un foyer infectieux profond (1 à 5%)
- Traumatisme pénétrant de l'abdomen (1 à 3%)
- Cryptogénétique, sans source identifiée (10 à 30 %).

EPIDEMIOLOGIE :

- L'incidence des abcès hépatiques est actuellement en augmentation.
- Ils surviennent le plus souvent chez les hommes, avec un âge moyen situé entre 50 et 60 ans.
- Certains terrains sont à risques : le diabète, l'alcoolisme chronique et l'existence d'une immunodépression.

PHYSIOPATHOLOGIE :

Mécanisme :

Les germes des abcès hépatiques peuvent venir de la bile, ou du sang (préférentiellement par voie portale), ou par contiguïté (perforation dans le foie d'un organe de voisinage : vésicule biliaire, angle colique droit, estomac-duodénum).

1 Origine biliaire:

Les abcès d'origine biliaire sont les plus fréquents (30 à 70 %) et le plus souvent secondaires à une obstruction biliaire d'origine bénigne ou maligne, associée à une angiocholite (sténoses bénignes, pathologie des voies biliaires type cholangite sténosante ou maladie de caroli, lithiase. Ils sont souvent de petite taille, multiples et communiquent avec l'arbre biliaire. Les anastomoses bilio-digestives, cholédoco-duodénales ou hépaticojéjunales favorisent la survenue d'abcès hépatiques à pyogène, elle peut être d'origine iatrogène « cathétérisme rétrograde endoscopique ou un drainage biliaire percutané ». [5]

2 Origine portale :

- Responsable d'abcès unique ou multiples volontiers situés dans le foie droit (du fait d'une branche portale droite située dans l'alignement du flux portal) [5]
- Une bactériémie portale peut provenir d'une diverticulose colique, d'une appendicite, d'un cancer du colon, de polypes coliques, de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, ...

3 Origine artérielle :

- Abcès unique survenant lors d'une bactériémie massive
- Terrain immunodéprimé.

4 Origine locale ou hépatique :[2-5]

Les abcès par contiguïté :

- perforation d'une cholécystite (segment IV-V)
- perforation d'un cancer ou d'une diverticulose de l'angle colique droit (segment VI)
- perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal dans le foie gauche
- La surinfection : d'un hématome, d'un foyer de nécrose ou d'un biliome post-traumatique.
- La surinfection d'une tumeur : en général traitée par radiofréquence ou chimioembolisation.

Abcès cryptogénétiques :

Les abcès sont dits cryptogénétiques quand aucun foyer infectieux n'est mis en évidence.(Près de 20 % des cas).

Germes :

MICROBIOLOGIE :

La plupart des abcès du foie sont polymicrobiens; on y retrouve le plus souvent entre 2 et 4 germes, mais parfois plus de 5 bactéries différentes. Les abcès secondaires à une bactériémie sont en général monobactériens (streptocoque ou staphylocoque). La culture du pus obtenu par ponction de l'abcès est positive dans plus de 80 % des cas. Des germes anaérobies sont retrouvés dans 45 % des abcès hépatiques.

En cas d'abcès cryptogénétique les hémocultures et les prélèvements de pus sont le plus souvent négatifs. [4,5]

Les germes retrouvés sont :

- E coli 39 %
- Klebsiella 9,5%
- Streptocoque 36,5 %
- Fusobacterium 6,7%
- Staphylocoque 5,4%
- Polymicrobien 35%

SIGNES CLINIQUES :

La fièvre est un signe presque constant associée à des frissons des douleurs de l'hypocondre droit. Il existe souvent une altération de l'état général avec perte de poids vomissent et anorexie.

À l'examen, on trouve une hépatomégalie dans plus de la moitié des cas associée à une douleur de l'hypocondre droit à la palpation. La douleur à l'ébranlement du foie est extrêmement évocatrice. L'ictère est présent dans 25 à 30 % des cas.

Seulement 10 % des patients se présentent avec la triade classique associant fièvre, ictère et douleurs de l'hypocondre droit.

D'autres tableaux cliniques sont possibles : choc septique avec signes respiratoires, tableaux pseudo-chirurgicaux avec défense de l'hypocondre droit ou de tout l'abdomen, tableaux de pneumopathie : fièvre avec signes respiratoires et épanchement pleural droit, fièvre isolée).[3-6]

BIOLOGIE :

Il existe une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, un syndrome inflammatoire avec une CRP très élevée, une anémie normocytaire inflammatoire, une hyperplaquettose, un fibrinogène augmenté.

La Perturbations du bilan hépatique : variables selon la cause et les caractéristiques des abcès.

L'hypoalbuminémie est observée chez 2 patients sur 3.

L'hyperbilirubinémie, lorsqu'elle est présente, est fortement évocatrice d'une origine biliaire. Une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) est rare. L'association de deux des trois signes biologiques suivants, en particulier chez un patient fébrile, doit faire évoquer le diagnostic d'abcès du foie : hyperleucocytose, élévation des phosphatases alcalines, hyperbilirubinémie. [2-6]

IMAGERIE:

L'imagerie permet le diagnostic positif et lésionnel des abcès, leurs complications et permet de chercher leur cause (cholécystite, appendicite, diverticulite colique....). Elle est essentielle lors du traitement.

RADIOLOGIE SANS PREPARATION

Le niveau hydroaérique dans l'hypochondre droit à la radiographie d'abdomen sans préparation est aussi typique que rare. La radiographie pulmonaire montre parfois une ascension de la coupole diaphragmatique droite et un épanchement pleural.

L'échographie

Examen de première intention, elle montre une ou plusieurs images hépatiques d'échostructure variable selon le stade évolutif de l'abcès :

Phase pré-suppurative :

Lésions échogènes hétérogènes de contours irréguliers, pouvant simuler des tumeurs solides

Phase suppurative :

Contenu hypo ou anéchogène avec des échos flottants, parfois multiloculé, des contours arrondis parfois nettes ou avec une coque épaisse et hétérogène (aspect en "cocarde").

LA TDM [3-6]

SYSTEMATIQUE

Phase pré-suppurative :

Lésion hypodense et avasculaire, pouvant mimer une tumeur ou un foie multinodulaire suspect.

Phase suppurative :

Lésion hétérogène, mal limitée, parfois cloisonnée. Après injection de produit de contraste, on peut observer un fin réhaussement périphérique, un aspect en cible (centre hypodense et périphérie épaissiréhaussée) ou un aspect en double cible (centre hypodense, périphérie épaisse réhaussée et halo de foie sain hypodense correspondant à l'inflammation péri-lésionnelle).

Une artérialisation du foie sain :

Au contact de l'abcès est possible, soit par compression du parenchyme au contact de l'abcès, soit par réaction inflammatoire régionale.

La présence d'aires caractéristique des abcès à pyogènes mais n'est retrouvée que dans 20% des cas.

Le scanner permet également de rechercher des complications loco-régionales de l'abcès (thrombose portale, épanchement pleural) et de déterminer sa cause (diverticulite, appendicite, tumeur colique...).

L'IRM

L'IRM peut être réalisée, en cas de contre indication à l'injection d'un produit de contraste iodé, mais n'est pas plus performante que le couple échographie-scanner.

l'aspect IRM de l'abcès varie selon la nature protéique de son contenu.

Preuve bactériologique

1/ Hémocultures :

Preuve bactériologique :

Les hémocultures, aérobies et anaérobies, doivent être demandées systématiquement avant toute prescription d'antibiotiques, au moment du pic fébrile ou des frissons et doivent être effectuées au moins à trois reprises.

La ponction aspiration de l'abcès à l'aiguille fine doit toujours être réalisée rapidement sous contrôle échographique.

2/ Ponction :

- A l'aiguille fine sous contrôle échographique ou scannographique
- mise en route de l'antibiothérapie en raison du risque de métastases septiques favorisées par le geste.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

On distingue trois causes d'abcès :

- les abcès d'origine digestive : polype et cancer colique, appendicite, maladies inflammatoires de l'intestin.
- les abcès d'origine biliaire : lithiase biliaire et pathologie biliaire.
- les abcès d'origine extradiigestive : dentaire, ORL, gynécologique .

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :[4-6]

- Abcès parasitaires (hydatidose, abcès amibien)
- Abcès fongiques
- Kystes biliaires compliqués (surinfection, hémorragie)
- Tumeurs nécrosées (adénome, carcinome hépatocellulaire...) et métastases kystiques (GIST, sarcomes, ovaire, pancréas)
- Tumeur pseudoinflammatoire.

COMPLICATIONS :

Loco-régionales :

- thrombose du système porte, voire des veines sushépatiques.
- Rupture dans le péritoine ou une structure de voisinage.
- Epanchement pleural.
- Contamination pariétale.

Générales :

- Sepsis sévère.

TRAITEMENT :

But :

Prise en charge de l'abcès + Eradication de la porte d'entrée

L'antibiothérapie:

- Systématique
- En urgence par voie parentérale
- Après plusieurs hémocultures mais avant tout geste percutané

Ponction-drainage percutané : [1 ; 3 -5]

- Echo ou scanno-guidé
- Traitement de préférence et de première intention
- Sous anesthésie locale après mise en route de l'antibiothérapie Ses limites sont les abcès de localisations difficiles d'accès, les abcès multiloculaires et les abcès contenant du pus épais ou des débris nécrotiques
- Complications : rupture de l'abcès, hématome sous-capsulaire du foie, contamination pleurale par passage transpleural intempestif.

Aspiration à l'aiguille

- Alternative valable pour les abcès ≤ 50 mm
- Abcès "simple"

La chirurgie :

- Si échec du drainage percutané bien conduit (abcès à contenu épais, cloisonné ou de localisation difficile)
- Dans le même temps que le traitement chirurgical de l'étiologie de l'abcès
- En première intention si l'abcès est rompu ou fistulisé

Traitement étiologique

Il sera effectué à distance et sera le plus souvent chirurgical (cholécystectomie en cas de cause biliaire, colectomie en cas de cancer...).

ÉVOLUTION – PRONOSTIC : [4-6]

Le taux de mortalité dans les différentes séries varie entre 10 et 20%. Il est le plus élevé en cas de traitement antibiotique seul et le plus bas en cas de traitement percutané (drainage, ponction) associé à l'antibiothérapie.

Les facteurs de mauvais pronostic sont :

- Le sexe féminin ;
- La présence d'un néoplasie sous-jacente.
- La rupture de l'abcès lors du diagnostic.
- Choc septique.
- Abcès multiloculaires.
- La nécessité d'une laparotomie en urgence.
- L'absence ou l'échec du drainage ou de l'aspiration.
- L'hyperglycémie.
- L'hyperbilirubinémie.
- La baisse du TP.
- La résistance au traitement médical ou radiologique.

CONCLUSION :

- Rare mais grave.
- Scanner : diagnostic positif, étiologique, complications et thérapeutique.
- Antibiothérapie +/- Drainage
- PEC multidisciplinaire (radiologues, chirurgiens).
- Pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et traitement adapté.
(Cholécystectomie en cas de cause biliaire, colectomie en cas de Cancer...).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Johansen EC, Sifri CD, Madoff LC. Pyogenic liver abscesses. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14: 547-63
2. Cano Gomez M et al., Pyogenic liver abscess : clinical presentation and predictors of unfavorable outcome. 2012
- 3 J.P. Talarmin, D. Boutoille, F. Raffi. Abscès bactériens du foie
La lettre de l'hépatogastroentérologue - n° 3 - vol. V - mai-juin 2002
4. Huang CJ, Pitt HA, Lipsett PA, et al. Pyogenic hepatic abscess: changing trends over 42 years. *Ann Surg*
5. L Chiche et al, Abscès à pyogènes du foie diagnostic et PEC. *Gastroenterologie clinique et biologique* 2008(32,1077-1091).
6. Dull JS, Topa L, Balgha V, Pap A. Non-surgical treatment of biliary liver abscesses: efficacy of endoscopic drainage and local antibiotic lavage with nasobiliary catheter. *Gastrointest Endosc* 2000 ; 51 : 55-9.