

Abcés du foie

Definition :

- ✓ Les abcés du foie peuvent être divisés selon l'agent infectieux en cause : bactériens , fongiques , parasitaires
- ✓ Pathologie rare dont l'incidence annuelle est faible
- ✓ Pic d'incidence : 60-70 ans
- ✓ Légère prédominance masculine
- ✓ Facteurs prédisposants et de comorbidité : cancer , HTA , diabète , alcoolisme chronique et immunosuppression
- ✓ Du diagnostic et du traitement précoce dépend le pronostic

Ana-path :

- ✓ Due à une action des bactéries entraînant une nécrose du parenchyme hépatique avec formation d'une cavité contenant du pus et des débris nécrotiques
- ✓ Peuvent être uniques ou multiples
- ✓ Taille de quelques mm à plusieurs cm
- ✓ Situé dans le foie droit : 2/3 des cas
- ✓ Macro abcés unique : 50-70% foie droit ++
- ✓ Micro abcès multiples diffus
- ✓ Abcès amibiens : liquide épais brunâtre (chocolat)

Diagnostic positif :

1/ Anamnèse :

- ✓ Notion de séjour ou retour d'une zone d'endémie ++ (amibiase)

2/ Manifestations cliniques :

- ✓ Fièvre presque constante associée à des frissons et parfois isolé
- ✓ Douleur de l'hypocondre droit augmentée avec l'inspiration
- ✓ Nausées et vomissements
- ✓ Altération de l'état général
- ✓ Perte de poids et anorexie

3/ Examen clinique :

- ✓ Hépatomégalie douloureuse à la palpation
- ✓ Douleur à l'ébranlement du foie extrêmement évocatrice
- ✓ Ictère incessant surtout associé aux abcès d'origine biliaire
- ✓ La triade classique est rare : fièvre, ictère, douleur de l'hypocondre droit
- ✓ Parfois un tableau pulmonaire avec : toux, dyspnée, pleurésie, abcès sous phrénique ++
- ✓ Choc septique par rupture de l'abcès associé à des douleurs abdominales diffuses

4/ Biologie :

- ✓ Hyperleucocytose à PNN
- ✓ Augmentation de la phosphatase alcaline (PAL)
- ✓ Hyperbilirubinémie

NB : l'association de 2 de ces signes à une fièvre est très évocatrice

- ✓ Anémie
- ✓ Augmentation de la CRP
- ✓ Augmentation des ASAT
- ✓ Le TP et l'albumine sérique peuvent être bas
- ✓ Immunologie : sérologie parasitaire (hydatose, amibiase ++)

5/ Examen morphologique :

a)- Télé thorax :

- ✓ Ascension de la coupole diaphragmatique droite
- ✓ Épanchement pleural droit
- ✓ Infiltration basale droite

b)- ASP :

- ✓ Image hydro-aérique intrahépatique avec un niveau : rare mais spécifique

c)- Echo abdominale :

- ✓ Decrit la forme , la taille , le nombre des abcès dont les contours sont irréguliers et de l'air peut être mis en évidence dans la cavité abcédée
- ✓ Aspect typique : image hypo ou anéchogène , signe en rapport avec KHF
autres signes (épanchement pleural droit – signe de cholestase droite – dilatation des voies biliaires)

d)- TDM

Sensibilité supérieure à celle de l'écho

- ✓ Masse hypodense homogène ou hétérogène multiloculée de densité variable souvent mal limitée
- ✓ Le seul signe pathognomonique de l'abcès mais inconstant est la présence de clarté gazeuse interne

e)- IRM

- ✓ Par injection de produit de contraste si c'est insuffisant à la TDM

f)- CPRE

- ✓ A la recherche d'une cause biliaire

Etiologies

1)- Abcès d'origine biliaire :

- ✓ Le plus fréquent
- ✓ Souvent secondaire à une obstruction biliaire d'origine bénigne ou maligne associée à une angiocholite
- ✓ Angiocholite par rupture du KHF ou par migration de vers adultes
- ✓ Abcès souvent de petite taille multiple communiquent avec l'arbre biliaire
- ✓ Les anastomoses bilio-digestives , le cathétérisme rétrograde endoscopique et drainage biliaire percutané favorisent leur survie

2)- Abcès d'origine portal :

- ✓ Complicent les bactériémies portales importantes

- ✓ Souvent associés a une thrombophlébite portale avec risque d'abcé Recidivent
- ✓ Causes benigne : diverticulite du colon – suppuration ano rectale – perforation digestive – appendicite – salpingite – MICI
- ✓ Causes malignes : cancer colique et gastrique

3)- Abscés d'origine arteriel :

- ✓ Souvent due a une bacteremie associé a une immunosuppression secondaire a une thrombophlebite peripherique suppuré (drogue)
- ✓ Endocardite , insuffisance pulmonaire , I urinaire , osteoarticulaire ,ORL , stomatologique

4)- Autres causes :

- ✓ Par contiguité : abcés sous phrenique , abcés sous hepatique , pancreatite aigu , perforation d'ulcère
- ✓ Post traumatique : surinfection d'un hematome intra hepatique
- ✓ Complication d'un gest de radiologie interventionnelle (catheterisme retrograde avec sphincterotomie)
- ✓ Abscés cryptogénétique : lorsque aucun foyer n'est mis en evidence

5)-germes responsables :

- ✓ Aerobie gram negatif : Ecoli , pseudomonas , klebsiella
- ✓ Anaerobie
- ✓ Aerobie gram positif : staph aureus , strepto d
- ✓ Polymicrobiens
- ✓ Mycose : candidose
- ✓ BK , amibiase , plasmodium,echiococoss

Diagnostic differentiel

- ✓ Kyste hydatique
- ✓ Maladie de coroli
- ✓ Kyste biliaire
- ✓ Tumeur maligne ou secondaire necrosé du foie
- ✓ Suppuration post embolisation

- ✓ Les éléments anamnestiques : le contexte clinique, la notion du retour d'une zone d'endémie, devant une masse hépatique objectivée à l'écho et ou à la TDM orientent vers le diagnostic

Traitement

1)- antibiothérapie :

- ✓ Systematique à large spectre dès la pratique d'hémoculture
- ✓ C3G (clafon) + aminoside (gentamycine) + flagyl
- ✓ Prise en fonction de germe isolé (hémoculture, ponction)
- ✓ Voie IV pendant 1-2 semaine puis relai par voie orale
- ✓ Duré totale : 4-8 semaine

2)- Ponction-aspiration :

- ✓ Echo guidé de la collection (si taille est inférieure à 5 cm) et si eul ATBpie inefficace

3)- Drainage par voie transcutanée :

- ✓ Echo guidé si taille est supérieure à 5 cm
- ✓ Le drain sera laissé à place jusqu'à l'affaissement complet de la cavité

4)- Chirurgie :

- ✓ Les indications du drainage chirurgical sont exceptionnelles :
 - Complications : rupture pathologique abdominale nécessite une laparotomie d'urgence
 - Echec du drainage chirurgical
- ✓ La chirurgie permettra :

Mis à plat va voir resection hépatique si abcès volumineux

- Diverticulite ou cancer colique infecté : resection colique avec ou sans colostomie 1^{ere}
- Cause biliaire : cholysectomie et choledocotomie
- Abcès par contiguïté ou post traumatique mis à plat

Des abcès et trt de leur etiologie : suture d'ulcere
perforé

Abcés amibien

1)- TRT curatif :

- ✓ Amoebicide diffusible : imidazolés (flagyl)
- ✓ Puis amoebicide de contact : Intertrix
- ✓ Drainage echo guidé si TRT medical insuffisant
- ✓ Drainage chirurgical : gros abcés riche de ruptur

2)- TRT preventif :

- ✓ Mesure d'hygien
- ✓ Education sanitaire