

ABCES DU FOIE ET LEURS COMPLICATIONS : PRISE EN CHARGE EN MILIEU CHIRURGICAL

LIVER ABSCESS AND COMPLICATIONS: SURGICAL MANAGEMENT

THIAM O^{a*}, FAYE PM^b, TOURE AO^b, GUEYE ML^b, SEYE Y^b, NIASSE A^c, SECK M^b, CISSE M^a, KA O^b, DIENG M^b

^aService de Chirurgie Générale, CHU Dalal Jamm (Dakar-Sénégal),

^b Service de Chirurgie Générale, CHU Aristide Le Dantec (Dakar-Sénégal)

^c Service de Chirurgie, CHN de Pikine (Dakar-Sénégal),

Auteur correspondant : Docteur Ousmane THIAM, Chirurgien Généraliste, Service de Chirurgie Générale, CHU Dalal Jamm (Dakar-Sénégal),

Adresse électronique : o_thiam@hotmail.fr ; Téléphone : 00221779281751

Résumé

Introduction : L'abcès du foie ou abcès hépatique (AH) est une collection de pus ou de nécrose hépatocytaire dans une cavité néoformée au sein du parenchyme hépatique. On distingue les abcès amibiens et les abcès à pyogènes. L'objectif de notre étude était de rapporter l'intérêt du drainage dans la prise en charge des abcès du foie et de leurs complications. **Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive allant du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Janvier 2019. Tous les patients âgés de plus de 15 ans qui présentaient un abcès du foie simple ou compliqué, ayant nécessité une chirurgie ou un drainage écho-guidé étaient inclus. **Résultats :** Il s'agissait de 100 patients. L'âge moyen était de 41 ans. Le sexe ratio était de 2,8. Le délai moyen de consultation était de 3,4 semaines. L'alcoolisme était noté chez 22 patients. Un syndrome dysentérique était objectivé chez 8 patients (8%). Le diabète était le principal terrain retrouvé dans 6 cas (6%). La triade de Fontan était retrouvée chez 67 patients (67%). Une hyperleucocytose supérieure à 10000 éléments/mm³ était notée chez 86 patients (86%). L'abcès siégeait au foie droit dans 61 cas (61%). Les abcès étaient généralement de grande taille > 10 cm dans 48 cas. Le drainage après marquage ou

échoguidé a été réalisé chez 90 patients (90%). Un drainage complémentaire avait été réalisé chez 5 patients (5%). La mortalité était de 3 cas. **Conclusion :** Le drainage écho-guidé reste la meilleure alternative si l'indication est posée.

Mots clefs : abcès hépatique, hépatomégalie, drainage écho-guidé, péritonite, pleurésie

Abstract

Introduction: Liver abscess (LA) is a pyogenic or hepatocyte necrosis collection within hepatic parenchyma. We noted pyogenic or amoebic abscess. We aimed to report the benefit of percutaneous drain about liver abscess and complications. **Patients and method:** it was a descriptive study from January 2007 to January 2019. It included more than 15 years old patients with liver abscess that needed a management by interventional radiology. **Results:** we collected 100 patients with an average age of 41 years. The male to female ratio was 2,8. Patient were symptomatic for a median of 3,4 weeks and 22 patients were alcoholic. A past medical history of dysenteric syndrome were found in 8% and 6 patient were diabetic. Most common symptoms were hepatomegaly, right

hypochondrial pain and fever (67%). Biology found leukocytosis in 86 patients. Abscess formation was in right lobe in 61 patients. Abscess diameter was more than 10 cm in 48 patients. Percutaneous drain was performed in 90 patients. We noted 3

cases of mortality. Conclusion: interventional radiology is the best indication for large liver abscess.

Keys-words: *liver abscess, hepatomegaly, ultrasound drain, pleurisy, peritonitis,*

INTRODUCTION

L'abcès du foie ou abcès hépatique (AH) est une collection de pus ou de nécrose hépatocytaire développée aux dépens d'une cavité néoformée au sein du parenchyme hépatique. On distingue biologiquement deux entités : les abcès amibiens du foie, fréquents en zone tropicale et les abcès à pyogènes moins fréquents dans nos contrées [1]. Cette rareté peut s'expliquer par les difficultés diagnostiques rencontrées au cours des explorations [2]. La clinique est dominée par la classique Triade de Fontan, à savoir une hépatomégalie douloureuse et fébrile [3]. L'imagerie permet de poser le diagnostic dans plus de 90% des cas, renseigne sur la survenue de complications et oriente sur l'étiologie [4]. L'échographie est réalisée en première intention avec une sensibilité de 85% [5]. Le scanner abdominal est plus spécifique et est réalisé en cas de doute. La survenue de complications à type de rupture constitue le risque de cette pathologie [6]. La prise en charge est médico-chirurgicale : une antibiothérapie probabiliste en première intention et un drainage échoguidé en présence d'une indication. L'objectif de notre étude était de rapporter l'intérêt du drainage dans la prise en charge des abcès du foie et de leurs complications en milieu chirurgical.

PATIENS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, rétrospective allant du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2015 et prospective du 1^{er} Janvier 2016 au 31 Janvier 2019 réalisée au service de chirurgie générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de

Dakar, Sénégal. Tous les patients âgés de plus de 15 ans qui présentaient un abcès du foie simple ou compliqué, diagnostiqué à la clinique et à l'imagerie étaient inclus. Les patients ayant bénéficié d'un traitement médical simple ont été exclus. Le drainage était réalisé par les chirurgiens sous contrôle échographique en présence du radiologue. Les péritonites par rupture d'abcès du foie ont été traitées par laparotomie. Le drain était laissé en place jusqu'à la réalisation de l'échographie de contrôle qui se faisait 24 heures après l'arrêt de production de pus au niveau de la poche de recueil. Le suivi en ambulatoire après exéat se faisait avec la clinique, la biologie et l'imagerie.

RESULTATS

Il s'agissait de 100 patients au total. L'âge moyen était de 41 ans avec des extrêmes de 15 ans et 72 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex ratio à 2,8. Le délai moyen de consultation était de 3,4 semaines avec des extrêmes de 1 semaine et 16 semaines. L'alcoolisme était noté chez 22 patients (22%) et le tabagisme chez 40 patients (40%). Un syndrome dysentérique était objectivé chez 8 patients (8%). Le diabète était le principal terrain retrouvé dans 6 cas (6%). (**Figure 1**).

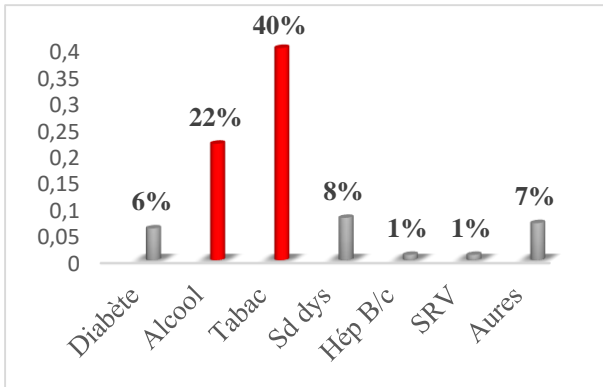


Figure 1 : répartition des patients selon les antécédents et le terrain

La triade de Fontan était retrouvée chez 67 patients (67%). Dix patients (10%) présentaient un syndrome d'irritation péritonéale (**Figure 2**).

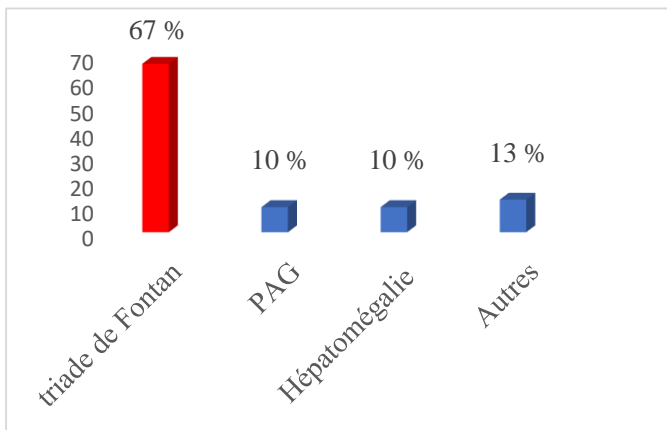


Figure 2 : signes cliniques.

Une hyperleucocytose supérieure à 10000 éléments/mm³ était notée chez 86 patients (86%) avec un taux moyen de 15000 éléments /mm³, une cytolyse chez 13 patients (13%) et une cholestase chez 11 patients (11%).

L'échographie abdomino-pelvienne et la tomodensitométrie réalisées respectivement chez 98 patients (98%) et 36 patients (36%) avaient permis de poser le diagnostic dans tous les cas. L'abcès siégeait au foie droit dans 61 cas (61%) et était unique dans 57 cas (57%) (**Tableau I**). Les abcès étaient généralement de grande taille > 10 cm dans 48 cas (**Tableau II**). L'abcès était plus

grand à droite avec une moyenne de 13,3 cm contre 10,6 cm à gauche.

Tableau I : répartition des patients selon le siège de l'abcès

Siège à l'imagerie	Nombre	Pourcentage
Foie droit	61	61
Foie gauche	17	17
Foie droit et gauche	8	8
Non déterminée	14	14
Total	100	100

Tableau II: répartition des malades en fonction de la taille de l'abcès

Tailles	Effectifs	Pourcentage
0-5cm	6	6
5-10cm	29	29
10-15cm	31	31
>15cm	17	17
Non précisée	17	17
Total	100	100

Le drainage après marquage ou échoguidé a été réalisé chez tous les patients qui ne présentaient pas des signes de péritonite soit 90 cas (90%). La durée moyenne du drainage dans notre étude était de 10 jours. L'aspect du pus était de couleur marron dans 79 cas (79%) et la culture bactérienne, dont 33 résultats ont été retrouvés, était négative dans 22 cas (66,7%) (**Tableau III**).

Tableau III : résultats de la culture bactériologique du pus

Résultats culture	Nombre	Pourcentage
Amicrobienne	22	66,66
Klebsiella pneumoniae	4	12,12
Staphylococcus aureus	3	9,09
Salmonelles	1	3,03
Streptocoque	1	3,03
Pseudomonas aeruginosa	1	3,03
Citrobacter diversus	1	3,03
Total	33	100

Tous les patients avaient bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste à base de métronidazole et d'amoxicilline + acide clavulanique secondairement adaptée à l'antibiogramme.

L'évolution était marquée par une vacuité de la cavité de l'abcès au contrôle échographique dans 62 cas (62%). Un drainage complémentaire avait été réalisé chez 5 patients (5%) qui présentaient une collection résiduelle supérieure à 600 cc à l'échographie de contrôle. Les patients qui présentaient une péritonite par rupture d'abcès du foie avaient bénéficié d'une mise à plat de l'abcès avec toilette et drainage par laparotomie.

La mortalité était de 3 cas et concernait les malades qui avaient une péritonite.

DISCUSSION

Dans notre série nous avons utilisé un drain thoracique armé Ch 28 ou 32 qui permettait une évacuation plus rapide et de diminuer les risques de bouchage du drain par du pus épais. Dieng et al. ont utilisé la même technique dite « hépatotomie à minima » [7]. Aussi l'utilisation de drains de ponction directe 10 à 14 French avec trous latéraux et terminaison enroulée en queue de cochon a été décrite dans la littérature [8]. Il s'agit de la méthode de Seldinger. L'indication du

drainage évacuateur échoguidé dépend de plusieurs facteurs. La taille d'un abcès ainsi que sa localisation au foie droit ou gauche déterminent la réalisation d'un drainage bien que les standards varient selon les auteurs [9,10]. Notons que la taille de l'abcès >10 cm, la localisation sur le foie gauche, la suspicion d'abcès à pyogènes sont constantes dans les indications [9,10]. Pour Van Sonnenberg et al, l'absence de réponse clinique, 72 heures après un traitement médical bien conduit serait une indication au drainage [11]. Au niveau du foie gauche, les abcès de taille plus petite pouvant aller jusqu'à 8 cm peuvent être drainés du fait du risque de perforation au niveau du péricarde. Les limites du drainage sont certaines localisations d'accès difficiles (dôme hépatique, abcès profonds) et les abcès multiloculaires de taille inférieure à 5 cm [3,7,12]. Sur certains terrains, l'abcès ne répond pas facilement au traitement médical. Des facteurs de risques d'évolution défavorable ont été avancés par certains auteurs : il s'agit d'un âge de plus de 60 ans, un taux d'urée à plus de 3,32 mmol/L, une créatininémie supérieure à 177µmol/L, une bilirubine totale supérieure à 35µmol/L et une albuminémie < 25g/L. Ces patients pourraient donc bénéficier d'emblée d'un traitement plus agressif, c'est-à-dire un drainage [12]. Par contre, Filice défend que chez les immunodéprimés, le traitement médical est plus préconisé vu que la chirurgie peut être lourde [13].

La ponction aspiration percutanée couplée à une antibiothérapie, peut, dans certains cas, être une alternative au drainage échoguidé [14]. Cependant, elle est limitée par la répétition du geste et les risques de surinfection. Certains auteurs proposent une simple aspiration du contenu de l'abcès sans drainage, associée à un traitement antibiotique, avec une efficacité variable (31 à 98%) [15]. Ces deux techniques ont des performances thérapeutiques comparables selon Yu et al, en termes de succès, de morbi-mortalité, et de durée

d'hospitalisation [15]. Cependant, la méta-analyse de Cai et al, de même que l'étude randomisée de Rajak et al montrent une supériorité du drainage [16,17].

Les abcès du foie de petites dimensions peuvent relever du traitement médical exclusif. Ce traitement médical peut même être proposé en cas d'abcès de moyennes dimensions < 5 cm [18]. L'antibiothérapie seule est la plupart du temps insuffisante pour le traitement des abcès de taille supérieure à 5 cm [19,30].

Environ 10 à 15 % des patients présentant un AH développent des complications [20]. La rupture de l'abcès dans les organes voisins (la plèvre, les bronches, le péricarde, le tube digestif et/ou le péritoine) peut être spontanée, ou faire suite à un drainage [21]. Cette complication requiert un traitement chirurgical en urgence. La rupture dans la cavité abdominale est responsable d'une péritonite aiguë généralisée. L'indication thérapeutique est la chirurgie en urgence par laparotomie ou laparoscopie [12,22]. Dans notre étude 10 patients (10%) avaient bénéficié d'une laparotomie suite à une péritonite. Le drainage percutané après rupture est réservé aux ruptures en péritoine cloisonné [23].

Le drainage thoracique est de mise dans les épanchements thoraciques de grande abondance ou mal toléré. Le plus souvent, le drainage pleural sans drainage hépatique peut suffire pour évacuer la collection. Ceci par le système des vases communicants [24].

La rupture intra péricardique est responsable d'une tamponnade et constitue la seule indication majeure de drainage des abcès du foie gauche [25]. Dans ce cas, le drainage percutané de l'abcès amibien du foie n'est pas efficace dans 2 situations : une absence de communication entre l'abcès amibien et la cavité péricardique, une rupture diaphragmatique faisant clapet et empêchant l'écoulement du pus du péricarde vers l'abcès amibien [26]. Un drainage péricardique s'impose dans ce cas.

La durée moyenne du drainage dans notre étude était de 10 jours. Certains auteurs ont des délais plus courts (7 jours) [7]. Le traitement antibiotique, initialement probabiliste, sera ensuite adapté aux résultats des prélèvements bactériologiques [27]. La durée de l'antibiothérapie n'est pas clairement établie, mais elle est généralement de plus de 2 semaines (3 à 6 semaines) [19,28].

Au cours de la surveillance, la persistance ou l'aggravation de la symptomatologie (fièvre et douleur) pourrait témoigner de la survenue de complications [12]. Ces complications sont multiples. L'hémorragie, peut être due à une lésion d'une branche artérielle ou portale. Une surveillance est souvent préconisée, le clamage du drain peut être efficace en cas de plaie portale. La gravité de cette plaie est du fait de la bactériémie qui l'accompagne [3]. Les perforations intestinales sont rares et concernent habituellement l'angle colique droit [3]. Les fistules biliaires, qui peuvent être externes ou internes (communication avec un autre viscère). Dans notre, aucune complication n'était notée. Le respect des conditions d'asepsie et l'expérience de l'opérateur permet d'éviter ces complications [29].

Aucun cas de récurrence n'a été retrouvé dans notre série. Bien que rare voire exceptionnelle, sa survenue est considérée comme une rechute associée à un foyer latent dû à un traitement initialement incomplet, sans amœbicide de contact [30].

CONCLUSION

L'abcès du foie est une urgence médico-chirurgicale dont la prise en charge précoce et adéquate assure une évolution favorable dans la plupart des cas. Le drainage chirurgical reste la meilleure alternative si l'indication est posée. Le traitement médical est toujours de mise. Les complications du drainage peuvent être évitées en respectant une bonne technique.

REFERENCES

1. **Yassibanda S, Koffi B, Yangué NC et al.** Les hépatomégalies à l'hôpital de l'amitié de Bangui. *Mali Med* 2004;14(4):1-7.
2. **Ibara JR, Ollandzobolkobo LC, AtipoIbara BI et al.** Abscès du foie à germes pyogènes : aspects cliniques, morphologiques et étiologiques à propos de 38 cas. *Med Afr Noire* 2000;47(2) :92-96.
3. **Chiche L, Dargère S, Le Penneç V et al.** Pyogenic liver abscess: Diagnosis and management. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2008;32:1077-1091.
4. **Mortelé KJ, Segatto E, Ros PR et al.** The infected liver: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2004;24:937-955.
5. **Teitz S, Guidetti-Sharon A, Manor H et al.** Pyogenic liver abscess: warning indicator of silent colonic cancer. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1995;38:1220-1223.
6. **Madhumita M, Anil KS, Amitava S et al.** A liver abscess: presentation and complications. *Indian J Surg* 2010;72:37-34.
7. **Dieng M, Diop B, Konate I et al.** Traitement des abcès du foie: l'expérience d'un service de chirurgie générale. *Med Afr Noire* 2007;54 (10):475-476.
8. **Rossi G, Lafont E, Gasperini L et al.** Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Abscès hépatiques. *Rev Med Int* 2016;037:827-833.
9. **De la Rey Nel J, Simjee AE, Patel A et al.** Indications for aspiration of amoebic liver abscess. *SAMT* 1989;75:373-376.
10. **Islam S, Kundi AK, Akhter J et al.** Retrospective study of treatment of amoebic liver abscesses with and without aspiration. *Tropical Doctor* 1995;25:40-41.
11. **Van Sonnenberg E, Mueller PR, Schiffman HR et al.** Intrahepatic amoebic abscesses: indications for and results of percutaneous catheter drainage. *Radiology* 1985;156:631-635.
12. **Tasu JP, Moumouh A, Delval O et al.** L'abcès du foie vu par le radiologue : du diagnostic au traitement. *Gastroenter Clin Biol* 2004;28(5)2004:477-482.
13. **Filice C, Brunetti E, Bruno R et al.** Clinical management of hepatic abscesses in HIV patients. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1092-2003.
14. **Pelissier R.** La ponction échoguidée : traitement moderne des abcès du foie. *Ann Radiol* 1990;33:0277-0279.
15. **Yu SC, Ho SS, Lau WY et al.** Treatment of pyogenic liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Hepatology* 2004;39:932-938.
16. **Cai YL, Xiong XZ, Lu J et al.** Percutaneous needle aspiration versus catheter drainage in the management of liver abscess: a systematic review and meta-analysis. *HPB* 2015;17:195-201.
17. **Rajak CL, Gupta S, Jain S et al.** Percutaneous treatment of liver abscesses: needle aspiration versus catheter drainage. *AJR Am J Roentgenol* 1998;170(4):1035-1039.
18. **Chagneau-Derrode C, Silvain C.** Abscès bactériens du foie. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:470-476.
19. **Bamberger DM.** Outcome of medical treatment of bacterial abscesses without therapeutic drainage: review of cases reported in the literature. *Clin Infect Dis* 1996;23(3):0592-0603.
20. **Chen CH, Wu SS, Chang HC et al.** Initial presentations and final outcomes of primary pyogenic liver abscess: a cross-sectional study. *BMC Gastroenterol* 2014;14:133.

21. **Reddy G, Chatterjee A, Brott BC et al.** Transdiaphragmatic rupture of hepatic abscess producing purulent pericarditis and pericardial tamponade. *Circulation* 2015;131(1):1-2.
22. **Chung YF, Tan YM, Lui HF et al.** Management of pyogenic liver abscesses: percutaneous or open drainage? *Singapore Med J* 2007;48:1158-1165.
23. **Meng XY, Wu JX.** Perforated amebic liver abscess: clinical analysis of 110 cases. *South Med J* 1994;87:985-90.
24. **Lachish T, Wieder-Finesod A, Schwartz E.** Amebic Liver Abscess in Israeli Travelers: A Retrospective Study. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2016;94(5):1015-1019.
25. **Ralls PW, Barnes PF, Johnson MB, et al.** Medical treatment of hepatic amebic abscess: rare need for percutaneous drainage. *Radiology* 1987;165:805-807.
26. **Takhtani D, Kalagara S, Trehan MS et al.** Intrapericardial rupture of amebic liver abscess managed with percutaneous drainage of liver abscess alone. *AJG* 1996;91:1460-1461.
27. **Cheng HP, Siu LK, Chang FY.** Extended-spectrum cephalosporin compared to cefazolin for treatment of *Klebsiellae pneumoniae*-caused liver abscess. *Antimicrob Agents Chemother* 2003; 47:2088-0092.
28. **Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al.** Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2010;50(2):0133-0064.
29. **Djossou F, Malvy D, Tamboura M, et al.** Amoebic liver abscess. Study of 20 cases with literature review. *La Revue de Médecine Interne* 2003;24:97-106.
30. **Guyon C, Greve E, Hag B, et al.** Amebic liver abscess and late recurrence with no travel in an endemic area. *Médecine et Santé Tropicales* 2013;23:344-346.