

ABCES AMIBIEN DU FOIE AU CHU DE BOUAKE : ETUDE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE A PROPOS DE 46 CAS

AMEBIC LIVER ABCESS AT BOUAKE TEACHING HOSPITAL : DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS ABOUT 46 CASES

Roger Lebeau (1), Bamourou Diané (1), Sébastien Yénon (2) Eric Koffi (2), Brou Assamoi Kassi (2), Jean-Claude Kouassi (2)

(1) : Service de Chirurgie Générale et Digestive CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

(2) : Service de Chirurgie Générale et Digestive CHU de Cocody Abidjan (Côte d'Ivoire)

Correspondance et tiré à part : Docteur Lebeau Roger 22 BP139 Abidjan 22

Adresse électronique : lebeauroger@yahoo.fr

RESUME

OBJECTIFS : décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès amibiens du foie. **MATERIEL ET METHODES** : étude rétrospective de 46 dossiers d'abcès amibien du foie vus au CHU de Bouaké de Janvier 1997 et Juin 2002.

RESULTATS : Trois tableaux cliniques étaient réalisés ce sont : l'hépatomégalie douloureuse et fébrile (n=28 60,9%), la fièvre avec douleurs de l'hypochondre droit (n=3 6,5%) et la péritonite aiguë diffuse (n=15 32,6%). Le diagnostic de l'abcès a été fait à l'échographie abdominale chez 41 patients et à la laparotomie chez 5 patients. L'abcès hépatique était rompu dans 15 cas et dans un cas s'associait à une nécrose colique gauche. L'amibiase a été diagnostiquée par la sérologie amibienne positive. Tous les patients ont reçu un traitement antibiotique, 16 patients ont été traités en plus par ponction hépatique échoguidée et 15 autres patients ont subi une laparotomie. La morbidité était de 4 suppurations pariétales toutes observées après laparotomie. Un patient est décédé dans un tableau d'insuffisance hépatocellulaire.

CONCLUSION : Cette étude a permis de montrer la place de l'échographie dans le diagnostic et le traitement de l'abcès amibien du foie. La fréquence des formes compliquées de rupture péritonéale rend compte de la place du traitement par laparotomie.

Mots-clés : abcès amibien du foie, échographie, metronidazole, laparotomie

Summary

AIMS: to describe the diagnosis and therapeutic aspects of amebic liver abscesses.

MATERIAL AND METHODS: retrospective study of 46 cases of amebic liver abscesses seen at Bouaké Teaching Hospital during the period from January 1997 to June 2002.

RESULTS: Three clinical pictures were carried out: painful and feverish hepatomegaly (n=28 60,9%), fever with pain of the right hypochondrium (n=3 6,5%) and diffuse acute peritonitis (n=15 32,6%). Forty one liver abscesses were diagnosed with abdominal ultrasonography and the remaining 5 cases were diagnosed during laparotomy. Fifteen patients had peritonitis due to rupture of liver abscesses and one among them had a gangrenous left colon. Amoebiasis was diagnosed by positive amebic serology among all patients. All the patients received antibiotic treatment, 16 patients were treated by needle aspiration under ultrasound and 15 patients underwent a laparotomy. Post-operative morbidity was of 4 parietal suppurations. Morbidity of needle aspiration was nil. One death occurs as the consequence of hepatocellular insufficiency.

CONCLUSION: This study stresses ultrasound examination place in the diagnosis and the treatment of amebic liver abscess. Laparotomy is still performed to deal with complicated forms such as intraperitoneal rupture.

Key-words: amebic liver abscess, ultrasonography, metronidazole, laparotomy

.INTRODUCTION

L'abcès amibien du foie (AAF) est une hépatite cytolytique non inflammatoire due à la localisation hépatique de l'amibe hématophage *Entamoeba histolytica histolytica* (1). C'est une affection cosmopolite mais qui prédomine dans les zones intertropicales, caractérisées par une hygiène environnementale fécale et alimentaire précaire (2,3). Son diagnostic est actuellement facilité par l'apport de l'échographie, son traitement a été révolutionné par l'efficacité des dérivés 5 nitro imidazolés (2) et par la radiographie interventionnelle (4-6). Cependant l'affection est souvent diagnostiquée au stade

de complications parmi lesquelles les ruptures intrapéritonéales (7). Le but de ce travail était de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès amibiens du foie vus au CHU de Bouaké.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude rétrospective a analysé 46 dossiers de patients hospitalisés pour abcès amibien du foie au CHU de Bouaké de Janvier 1997 à Juin 2002. Dans chaque dossier, nous avons noté les données épidémiologiques incluant l'âge, le sexe, les conditions socio-économiques et les antécédents médicaux. Nous avons considérés comme critères

diagnostiques la mise en évidence d'un abcès du foie à l'examen échographique et ou à la laparotomie, la positivité de la sérologie amibienne et pour certains patients la mise en évidence de *Entamoeba histolytica* dans les selles fraîchement émises ou à l'examen anatomopathologique d'une pièce opératoire. Tous les patients ont eu un hémogramme, une vitesse de sédimentation et une glycémie à l'admission et, chez certains un cliché pulmonaire et une sérologie rétrovirale ont été réalisés. Les patients ont été traités par une biantibiothérapie (métronidazole et céphalosporine) et certains ont subi en plus une ponction échoguidée de l'abcès ou une laparotomie. Les critères de guérison étaient la disparition totale de la fièvre et de la douleur abdominale, la normalisation de l'hémogramme et de la vitesse de sédimentation de contrôle. La durée d'hospitalisation, la morbidité et la mortalité ont été étudiées. Les patients ont tous été revus 30 jours après la sortie de l'hôpital.

RESULTATS

La série était composée de 34 hommes et 12 femmes d'un âge moyen de 38,4 ans (extrêmes 20 et 65 ans). Seize patients (34,78%) habitaient en zones rurales et n'avaient accès ni à des latrines ni à une source d'eau potable. Trente patients (65,21%) vivaient en zone urbaine et parmi eux 21 habitaient des quartiers précaires. Un antécédent d'abcès du foie était noté chez 3 patients, 11 patients étaient alcooliques. Chez 31 patients on notait une diarrhée banale (n=9) ou un syndrome dysentérique (n=22) survenu 7 à 90 jours plutôt. Le délai moyen de consultation était de 14,2 jours (extrêmes 2 et 90 jours). La douleur abdominale et la fièvre ont été notées chez tous les patients. Ces signes étaient associés chez 28 patients (60,9%) à une hépatomégalie; chez 3 patients (6,5%) ces signes cliniques (fièvre et douleur de l'hypochondre droit) faisait évoquer non seulement un abcès du foie mais aussi une appendicite sous-hépatique, une pyélonéphrite ou une cholécystite aiguë. Chez les 15 patients restants (32,6%) la défense abdominale (n=10) ou la contracture abdominale (n=5) ont permis de faire le diagnostic de péritonite aiguë diffuse. Dix patients avaient un ictère ou un subictère et 6 patients une altération de l'état général.

Le diagnostic d'abcès du foie a été fait à la laparotomie pour syndrome péritonéal chez 5 patients; l'abcès était unique (n=4), double (n=1), rompu (n=5) et situé sur les segments VI, VII et IV dans respectivement 3, 2 et 1 cas. Chez les 41 patients restants parmi lesquels 10 patients avaient un syndrome péritonéal le diagnostic a été fait à l'échographie

abdominale; l'abcès était unique (n=27), double (n=6), triple (n=5); dans 3 cas on notait respectivement 4, 5 et 6 poches d'abcès. Les poches avaient un diamètre moyen de 6,7 cm (extrêmes 2,1 cm et 27,5cm) et étaient rompus dans 10 cas; les abcès étaient sur les segments I, VI, VII, VIII dans respectivement 9, 20, 9, et 13 cas; quand aux segments II, III, IV, V ils étaient concernés dans respectivement 2, 3, 4 et 9 cas. La radiographie pulmonaire réalisée chez 15 patients a diagnostiqué une surélévation de la coupole diaphragmatique droite (n=15), un épanchement liquidien pleural droit (n=5). L'hémogramme (n=46) a montré une hyperleucocytose avec des chiffres moyens de globules blancs à 17000/mm³ (extrêmes: 10200 et 38000/mm³) et une prédominance de polynucléaires neutrophiles (82%). La vitesse de sédimentation était accélérée chez tous les patients. L'amibiase a été diagnostiquée par la sérologie amibienne positive à des dilutions de 1/512 à 1/8192 chez tous les patients, en plus par la mise en évidence de *Entamoeba histolytica* à l'examen des selles fraîchement émises chez 3 patients et à l'examen anatomopathologique d'une pièce d'hémicolectomie gauche chez un autre patient. L'examen bactériologique du pus prélevé à la ponction hépatique (n=17) a montré *Echérichia coli* (n=5) et *Klebsiella pneumoniae* (n=2); dans 10 cas aucun germe n'a été identifié. Sur le pus péritonéal prélevé en per-opératoire (n=16) l'on a identifié *Echérichia coli* dans 4 cas et, *Pseudomonas aeruginosas*, *Enterobacter*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* respectivement dans 2 cas pour les 2 premiers germes et dans 1 cas pour les deux derniers germes. La sérologie rétrovirale réalisée chez 9 patients ayant une altération de l'état général et 3 une diarrhée était positive au VIH1 (n=3), au VIH2 (n=1) et au VIH 1 et 2 (n=2). La glycémie était normale chez tous les patients. Le bilan hépatique réalisé chez 23 patients était normal chez 15 patients, a montré une cytolyse chez 8 patients parmi lesquels 5 avaient aussi une cholestase. L'un des 5 patients avait en plus, une insuffisance hépatocellulaire avec un taux de prothrombine à 47 %.

Au plan thérapeutique tous les patients ont eu une biantibiothérapie associant une céphalosporine de 2ème génération et le métronidazole. La durée du traitement antibiotique a été en moyenne de 8,5 jours (extrêmes 7 et 10 jours). Quatorze patients (30,43%) dont l'abcès était unique et de diamètre inférieur à 6 cm ont été traités exclusivement par les antibiotiques. Dix-sept patients (36,95%) dont de diamètre de l'abcès était supérieur ou égal à 6cm ont subi en plus

une ponction hépatique échoguidée qui a permis de ramener en moyenne 463,75 ml de pus chocolat (extrêmes 150 et 1800ml) ; une 2ème ponction a été nécessaire chez 4 patients en raison d'une poche résiduelle de plus de 6 cm de diamètre. Une laparotomie pour péritonite aiguë diffuse a été réalisée chez 15 patients. Elle a permis de faire une toilette abdominale et un drainage; de plus elle a mis en évidence chez un patient une nécrose colique gauche traitée par hémicolectomie gauche avec colostomie à la Hartmann.

La morbidité des laparotomies était de 4 suppurations pariétales traitées médicalement avec succès. Un patient est décédé à j2 de son hospitalisation dans un tableau d'insuffisance hépatocellulaire. L'hospitalisation des patients a duré en moyenne 11,7 jours (extrêmes 8 et 18 jours). A la sortie de l'hôpital les patients étaient tous apyrétiques et ne se plaignaient plus de douleur abdominale; l'hémogramme était redevenu normal mais chez 17 patients la vitesse de sédimentation restait accélérée. Les 45 patients survivants ont été revus 30 jours après la sortie de l'hôpital. L'hémogramme et la vitesse de sédimentation réalisés étaient normaux. L'examen échographique réalisé par 12 patients montrait une persistance des poches d'abcès avec cependant un début de régénération. Le rétablissement de la continuité digestive du patient mis en colostomie a été réalisé 3 mois plus tard avec des suites simples.

COMMENTAIRES

L'amibiase hépatique est la localisation extraintestinale la plus fréquente de l'amibiase maladie (5). L'atteinte du foie se fait par voie porte ce qui suppose un antécédent d'amibiase intestinal. Chez 31 patients il existait une notion de diarrhée qui pourrait être une amibiase intestinale passée inaperçue. Les 15 patients restants auraient donc fait une amibiase hépatique primitive. Gentilini (8) pense que 60% des abcès amibiens du foie sont primitifs. L'affection survient parfois sur un foie préalablement lésé par une cirrhose ou un abcès hépatique (2, 7, 9,10) ; onze patients étaient alcooliques et 3 avaient un antécédent d'abcès hépatiques. Au plan diagnostique, la constance de la douleur et de la fièvre notée dans cette étude, s'écarte légèrement des données de la littérature pour laquelle la douleur est le seul signe constant (2, 3,11). Quand la douleur et la fièvre s'associent à une hépatomégalie, la triade ainsi constituée évoque une pathologie hépatique (11). L'hépatomégalie est un signe inconstant et peut manquer en particulier dans les abcès à développement sous-diaphragmatique (12); dans ce cas le diagnostic peut errer car l'on

peut évoquer une cholécystite, une appendicite sous-hépatique, une pyélonéphrite droite ou une pathologie de la base pulmonaire droite surtout s'il existe des signes pleuro-pulmonaires (12,13). Ceci souligne l'importance de l'examen échographique qui permet de reconnaître l'abcès avec une sensibilité de 90 %, de préciser le nombre, les dimensions des poches, leur siège et l'état de l'arbre biliaire (11). Cependant une fois l'abcès reconnu à l'échographie le diagnostic différentiel peut se poser avec les abcès microbiens du foie et les hépatocarcinomes dans leurs formes abcédées. C'est la sérologie amibienne positive qui confirme classiquement le diagnostic d'abcès amibien du foie. La recherche d'amibe hématophage dans le pus hépatique est habituellement négative car le parasite se trouve dans la coque de l'abcès. Le parasite est plus facilement trouvé à l'examen parasitologique des selles fraîchement émises mais aussi à l'examen anatomopathologique d'une pièce de résection intestinale; ceci a été le cas dans respectivement 3 et 1 observation(s) de cette étude. L'évolution spontanée peut se faire vers la confluence et/ou l'augmentation du volume des abcès avec le risque de compression des voies biliaires, responsable d'un ictère. L'évolution peut aussi se faire vers la péritonite aiguë diffuse (7,13) dont le mécanisme était dans notre étude une rupture de l'abcès en péritoine libre associé dans un cas à une colite nécrosante. La péritonite a été notée avec une fréquence de 34,8% dans notre étude (n=15) ce qui est supérieur aux 5,8% de la série de Lee (10) mais en accord avec les chiffres trouvés par Akgun et al dans la première période de leur étude (14). La fréquence de cette complication peut s'expliquer par le retard à la consultation ce qui laisse évoluer l'abcès jusqu'au stade de péritonite. La coexistence d'une rupture d'abcès hépatique et d'une colite nécrosante a été déjà décrite (14,15); elle est de découverte opératoire et de mauvais pronostic (15). Le traitement de l'abcès amibien du foie a été transformé par l'introduction des imidazolés dont le chef de file est le métronidazole. L'adjonction des céphalosporines se justifie par la fréquence de la surinfection bactérienne (16). Cette biantibiothérapie nous a donné satisfaction dans le traitement des abcès de moins de 6cm de diamètre. Cependant dans les abcès de diamètre plus grand d'une part la réponse thérapeutique est lente notamment sur la fièvre et la douleur ce qui allonge la durée d'hospitalisation (16,17) d'autre part le traitement médical seul n'évite pas toujours l'évolution vers les complications (14). Les méthodes non chirurgicales d'évacuation du pus sont un complément thérapeutique

efficace et peu invasif (5, 16,17). Dans cette étude les abcès de diamètre supérieur ou égal à 6 cm ont fait l'objet d'une ponction échoguidée avec un taux de succès de 94,1% qui s'inscrit dans la fourchette des 75 à 100 % de succès rapportés par certains auteurs (14,17). L'unanimité n'est pas encore faite sur le diamètre à partir duquel la ponction doit être indiquée (5, 6,16,17). La ponction peut être itérative comme dans 4 observations de cette étude. Elle peut aussi nécessiter la mise en place d'un drain (5); nous n'y avons pas eu recours. Sa réalisation peut être considérée comme un échec de la ponction échoguidée. Les abcès rompus et compliqués de péritonite sont traités par laparotomie (14,16,18). Celle-ci a l'avantage de visualiser l'abcès de le vider complètement, de faire la toilette et le drainage de la cavité abdominale. Il s'agit cependant d'une méthode invasive qui expose à de nombreuses complications (14). Nous n'avons pas l'expérience de l'abord laparoscopique des abcès hépatiques prônée par Gibney ou Robles et al (19,20) ou du traitement des abcès rompus par l'association amoebicides et drainage percutané échoguidée utilisée avec succès par Ken et al (21) et Bukhari al (22) ; il s'agit de méthodes non invasives et efficaces de traitement qui permettent d'éviter une laparotomie avec ses risques de sepsis pariétaux (20).

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que l'amibiase hépatique sévit toujours à l'état endémique dans nos régions à cause des mauvaises conditions d'hygiène individuelle et environnementale. L'examen échographique tient une place importante dans le diagnostic et le traitement de l'abcès amibien du foie. Au plan thérapeutique l'association imidazolés ponction échoguidée semble être la méthode thérapeutique de référence. La fréquence des formes compliquées de rupture péritonéale rend compte du retard à la consultation et de la place du traitement par laparotomie.

REFERENCES

1. Leonetti P, Moncany G, Soubeyran J. L'abcès amibien du foie. Apport de l'échographie au diagnostic évolutif à propos de 983 cas. *J Radiol* 1987 ; 68 : 259-264.
2. Guerin B, L'Her P, Lenegre-Thourin I et al. Aspects cliniques et thérapeutiques de l'amibiase hépatique au cambodge. *Med Trop* 1995; 55: 37-40.
3. Njoya O, Ndjitoypap Ndam EC, Ngoue V, Ngonde Sendé C. Abcès amibien du foie à Yaoundé. *Cahiers de Santé* 1999 ; 9: 119-122.
4. Cornet L, N'Guessan HA, Dick KR et al. Indications chirurgicales actuelles dans l'abcès amibien du foie à propos d'une série de 270 cas. *Ann Chir* 1987 ; 41 : 519-524.
5. Kelie E, Gbazi GC, Yapo P et al. Le traitement de l'abcès amibien du foie par ponction echo-guidée. *Rev Int Sci Med* 2000 ; 2 : 158-161.
6. Ramani A, Ramani R, Kumar MS, Lakhkar BN, Kundaje GN. Ultrasound-guided needle aspiration of amoebic liver abscess. *Postgrad Med J* 1993; 69: 381-383
7. Malonga E, Essomba R, Essomba A, Sosso M, Gonsu F. Les péritonites par migration d'abcès amibien du foie. *Med Chir Dig* 1991; 20:135-135.
8. Gentilini M, Caume E, Danis M et al. Amibiase. In: Gentilini M, éd. Médecine intertropicale. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1996 :165-170.
9. Agbetra A, Kpinsaga D, Nakpane A, Homawoo K, Amedegnato M. Aspects cliniques et thérapeutiques des abcès du foie chez l'adulte au Togo. *Med Afr Noire* 1985 ; 32 :138-143.
10. Lee KC, Yamazaki O, Hamba H et al. Analysis of 69 patients with amebic liver abscess. *J Gastroenterol* 1996; 31:40-45.
11. Boco V, Kodjoh N, Hountondji A. Echographie et abcès amibien du foie au CNHU de Cotonou à propos de 33 cas. *Cahiers de Santé* 1996 ; 6 : 157-160.
12. Sembach N, Levy A, Gadoche G, Masmoudi R, Davido A. Amibiase hépatique : une presentation clinique inhabituelle. *Presse Med* 1998 ; 27 : 1216-1217.
13. Miller Q, Kenney JM, Cotlar AM. Amebic abscess of the liver presenting as acute cholecystitis. *Surg* 2000; 57: 476-479.
14. Akgun Y, Tacyldiz IH, Celik Y. Amebic liver abscess: changing trend over 20 years. *World J Surg* 1999; 23: 102-106.
15. Natarajan A, Souza RE, Lahoti NG, Candrakala SR. Ruptured liver abscess with fulminant amoebic colitis: case report with review. *Trop Gastroenterol* 2000; 21: 201-203.
16. Pham Van L, Duong Manh H, Pham Nhu H. Abcès amibien du foie:

- ponction échoguidée. Ann Chir 1996 ; 50 : 340-343.
17. Zafar A, Ahmed S. Amoebic liver abscess : a comparative study of needle aspiration versus conservative treatment. J Ayub Med Coll Abbottad 2002; 14: 10-12.
 18. Meng XY, Wu JX. Perforated amebic liver abscess: clinical analysis of 110 cases. South Med J 1994; 87: 985-990.
 19. Gibney EJ..Amoebic liver abscess . Br J Surg1990;77:843-844.
 20. Robles PJ, Lara JG, Lancaster B. Drainage of hepatic amebic abscess successfully treated by laparoscopy. J Laparoendosc Surg 1994; 4:451-454.
 21. Ken JG, Von Sonneberg E, Casola G. Perforated amoebic liver abscess, successful percutaneous treatment . Radiology 1989;170:195-198.
 22. Bukhari AJ. Ruptured amebic liver abscess. J Coll Physician Surg Pk 2003; 13: 159-160.