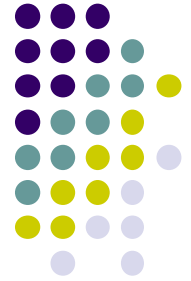




Les Abscès Hépatiques

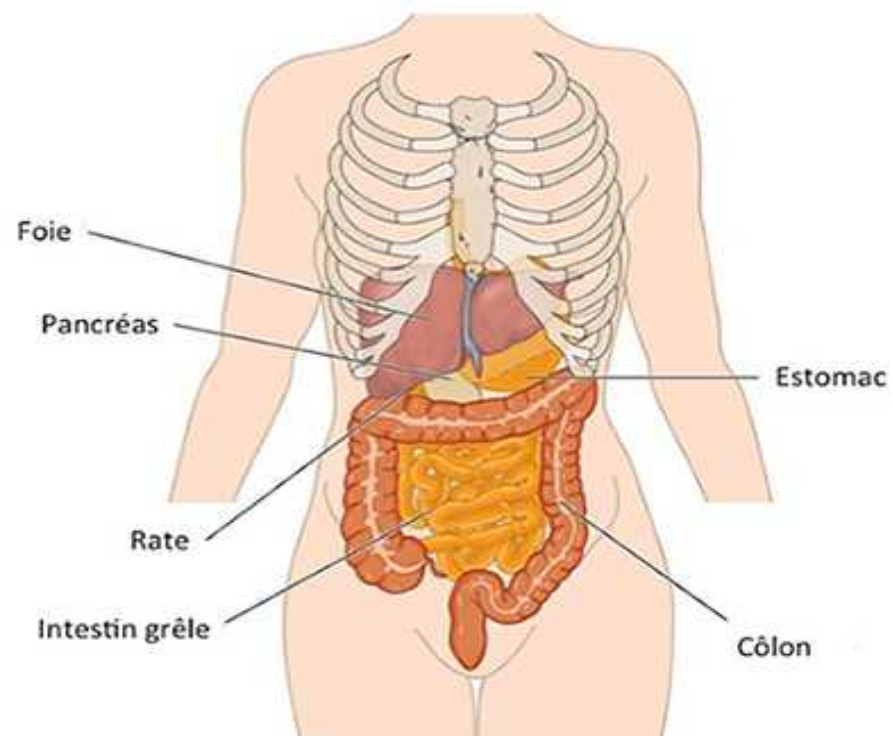
Pr. B.TABETI – Dr. A.BELKADI

Les Abscès Hépatiques



- **Objectifs pédagogiques**

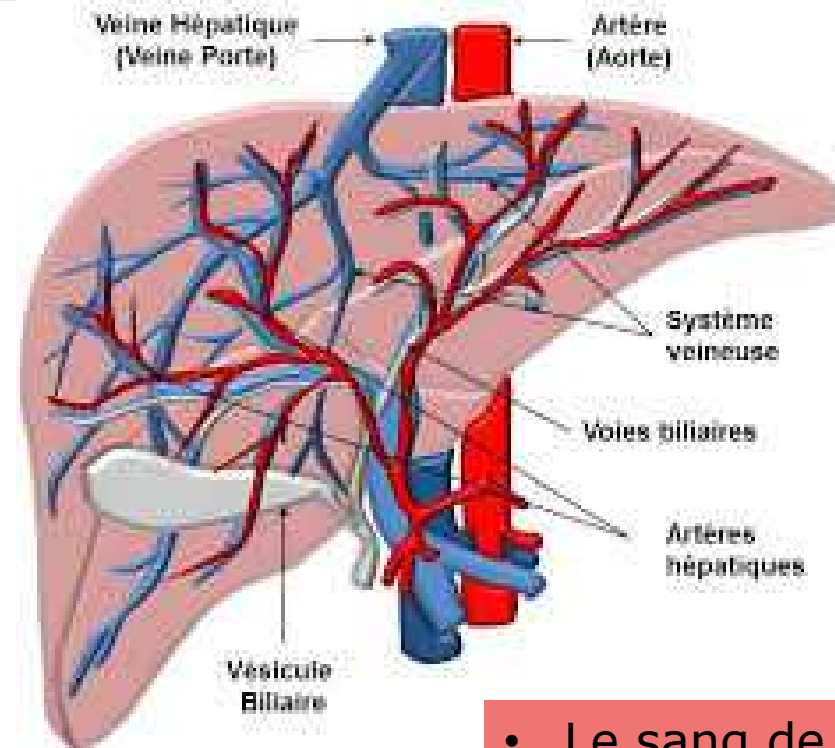
- 1. Diagnostiquer un abcès du foie**
- 2. Différencier entre un abcès a pyogène et une amibiase hépatique**
- 3. Connaitre les différentes modalités de prise en charge thérapeutique**



LE FOIE

- organe le plus volumineux de l'organisme humain.
- situé dans la partie supérieure droite de l'abdomen
- appartient au système digestif.
- assure des fonction vitales à l'organisme.

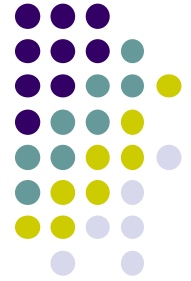
Le foie reçoit le sang de deux vaisseaux majeurs :
l'artère hépatique et la veine porte.



- Le sang de la **veine porte** apporte des substances **provenant de l'estomac, des intestins, de la rate et du pancréas**, qui seront transformées au cours de leur passage dans le foie.

- Le sang de l'artère hépatique apporte essentiellement l'**oxygène** nécessaire aux cellules du foie

Le foie intervient dans :



Le Métabolisme des glucides et lipides

La Synthèse des protéines sanguines

- l'albumine
- toutes les globines (hémoglobine, globuline...)
- et les facteurs de la coagulation.

La Détoxification

- Ammoniaque (colon) en urée, puis éliminée dans les urines.
- Dégradation de l'hémoglobine en bilirubine libre. ensuite déversée dans la bile
- Les médicaments

La Production de la bile

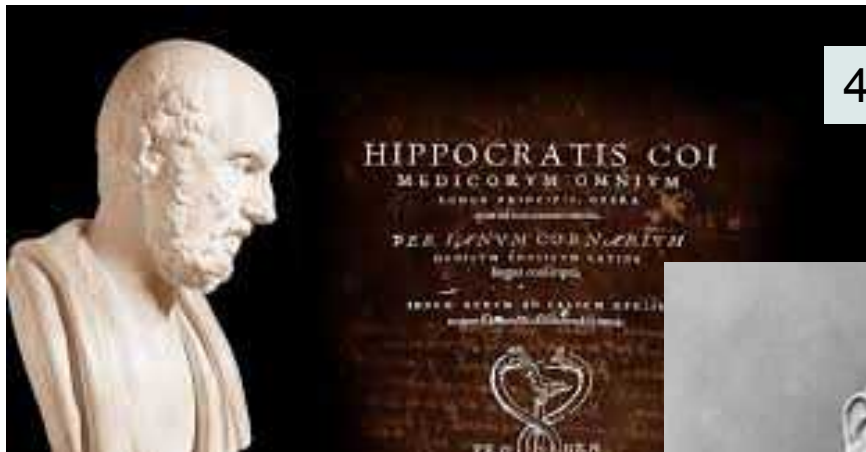


Les Abscès Hépatiques

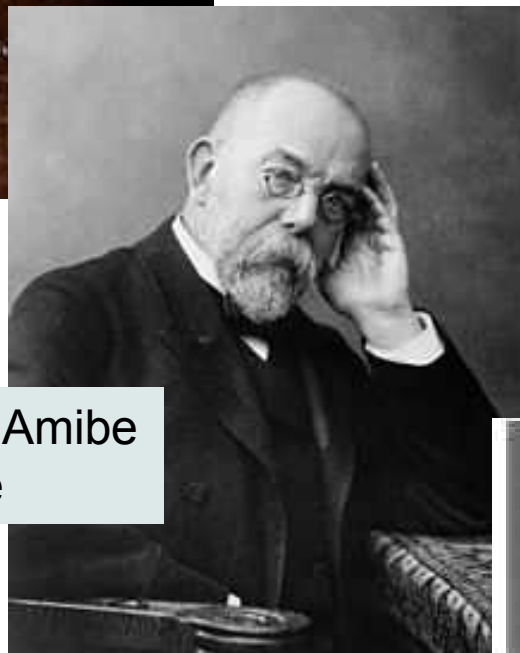
Les abscesses du foie sont des collections suppurées développées dans une cavité hépatique néoformée en rapport avec l'invasion et la multiplication de micro-organismes au dépend du tissu hépatique.



400 avant JC 1^{ière} description

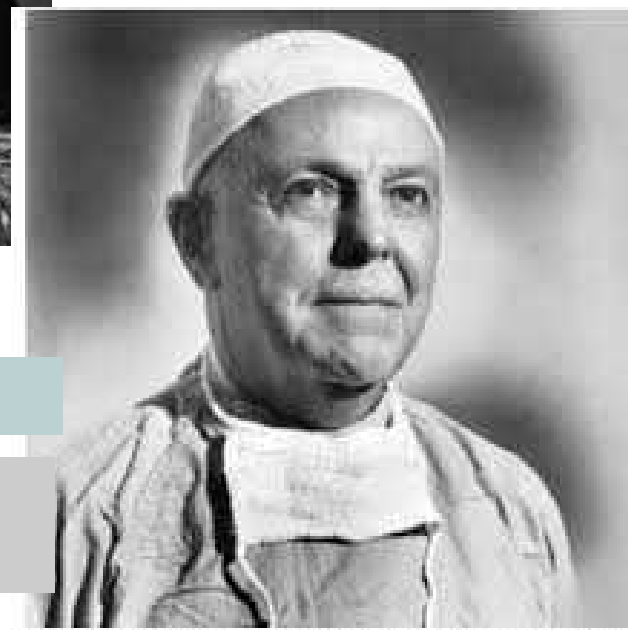


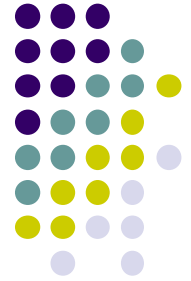
1883 Koch: Description de l'Amibe à l'origine d'un abcès du foie



1938 Oschner

drainage chirurgical comme traitement de choix, MAIS mortalité est restée à 60-80%.

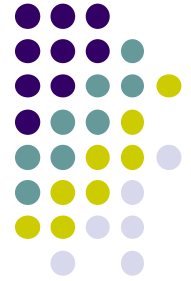




Les Abscès Hépatiques

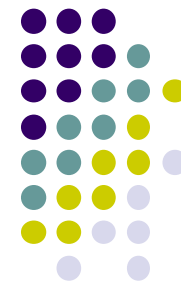
Les AH peuvent être de cause

- **bactérienne**, (a pyogène)
- **parasitaire**(amibienne essentiellement),
- mixte (parasitaire surinfectée à pyogènes)
- ou plus rarement fongique

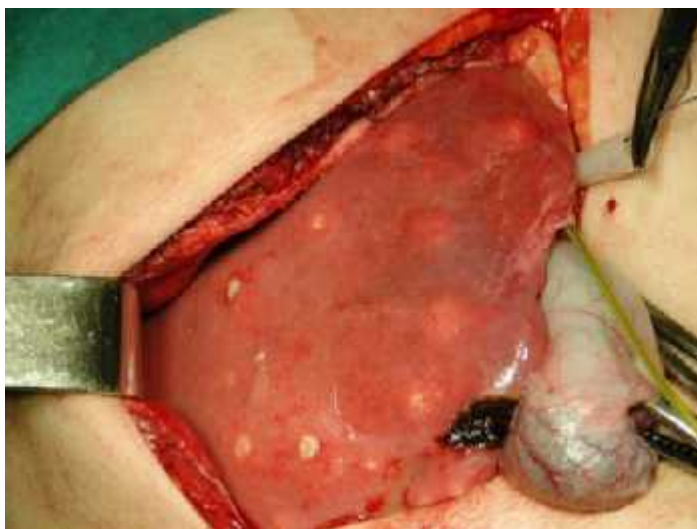


Les Abscès Hépatiques

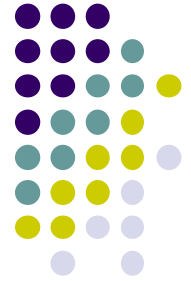
1. Abscès à pyogènes
2. Abscès amibien



1- Abscès à Pyogènes



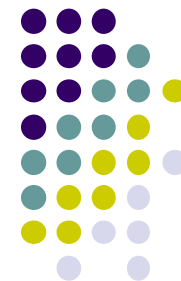
Epidémiologie



- Incidence abcès à pyogènes: **1 à 2.3**/100000hab.
- Augmente avec l'âge
- Age moyen: **60** ans (médiane 55-65)
- Discrète prédominance **masculine** (RR = 1,3 à 2)

- Mortalité en nette régression:
 - Avant 1980: **>40%**
 - Durant 2 dernières décennies: **10 à 20%**
(antibiotiques et drainage percutané +++)

- Facteurs favorisants: Transplantés hépatiques, Diabétiques, cancers évolutifs



Présentation clinique

- Délai moyen avant consultation: 6 à 14 jours
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Syndrome fébrile = 80 à 90% ***
 - fièvre de type septicémique en « clochers » avec frissons
 - fièvre au long cours

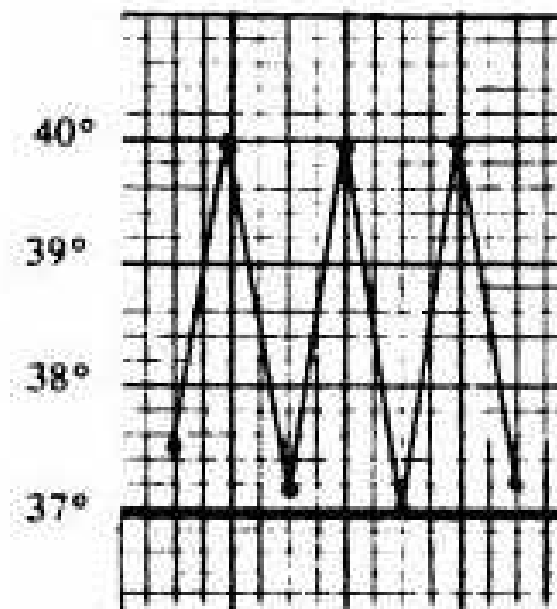
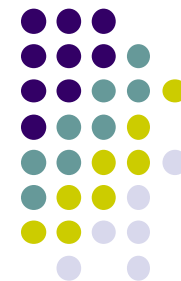


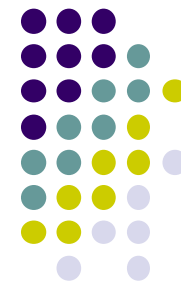
FIG. 5. — Fièvre rémittente.



Présentation clinique

- Délai moyen avant consultation: 6 à 14 jours
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Syndrome fébrile = 80 à 90% ***
 - **Douleur HCD = 70% ***

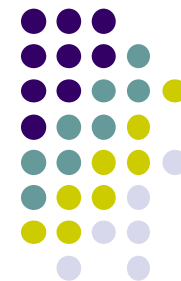




Présentation clinique

- Délai moyen avant consultation: 6 à 14 jours
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Syndrome fébrile = 80 à 90% ***
 - **Douleur HCD = 70% ***
 - **Ictère clinique = 15% ***
 - inconstant





Présentation clinique

- Délai moyen avant consultation: 6 à 14 jours
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Syndrome fébrile = 80 à 90% ***
 - **Douleur HCD = 70% ***
 - **Ictère clinique = 15% ***
- Seulement 10% présentent la triade douleur, fièvre, ictère
 - Amaigrissement – Altération de l'état général = **30%**
 - Nausées-vomissements = **30%**
 - Hépatomégalie = 6 à 30%
 - douloureuse à la palpation ou à l'ébranlement
 - Défense abdominale
 - en particulier HCD et épigastre

Biologie



- Hyperleucocytose $> 12.10^3 \text{elm/mm}^3 = \mathbf{90\%}$, prédominance PNN*
- Cytolyse jusqu'à 10N (prédominant sur ALAT) = **50 à 70%**
- Cholestase = 60% (en général pas majeure: 2N) prédominant sur Phosphatase alcaline *
- Hyperbilirubinémie conj = **30%** *
- **NB:** La triade (*) dans contexte fébrile peut faire évoquer le diagnostic

Données microbiologiques

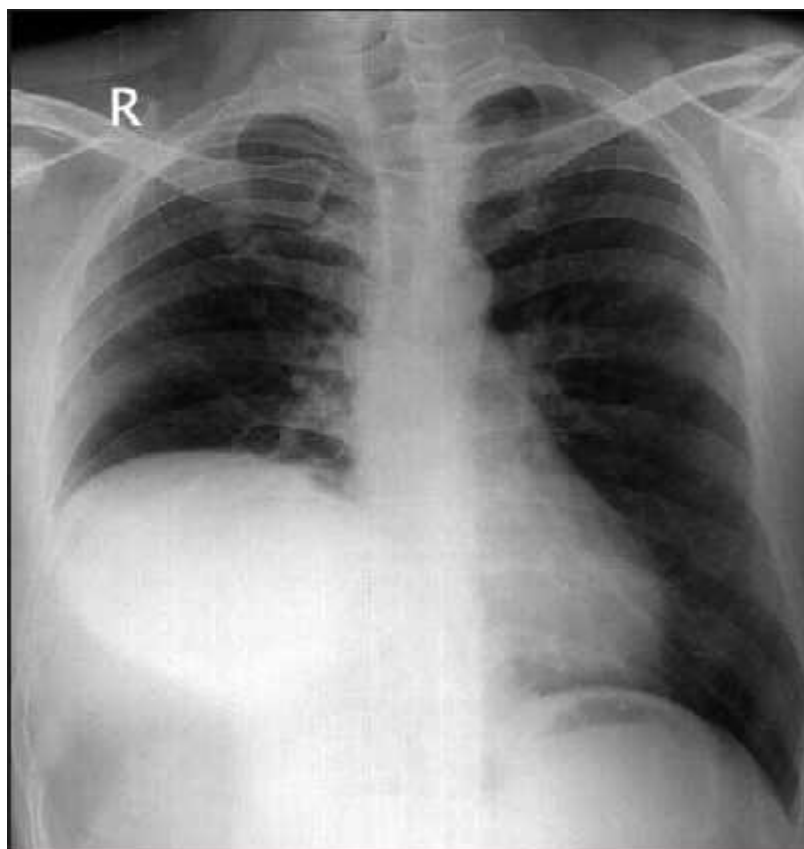


- Diagnostic microbiologique:
 - Hémocultures: **40 à 60%** (surtout chez personnes âgées)
 - Culture sur liquide de ponction: **80 %**
- Germes identifiés:
 - **BGN** dans = **50%**
 - *Klebsiella pneumoniae* +++ (*asso pronostic def*)
 - *E-coli* ++
 - *Pseudomonas*
 - **GRAM POSITIF** = **20%** (staph aureus, streptocoque *millieri*, *pneumoniae*, *alpha-hémolytique*...)
 - **Anaérobies** (*bactériodes*, *fusobactérium*, *Prevotella*)
 - **POLYMICROBIEN** = **15 à 30%**



Imagerie

- ASP/Thorax: surélévation coupole +/- épanchement pleural





Imagerie

- ECHOGRAPHIE ABDOMINALE: +++
 - Examen de 1^{ère} intention
 - Aspect polymorphe et peu spé: hypoéchogène, renforcement postérieur, contours irréguliers, pas de signal doppler
 - Sensibilité et spécificité = **85%**



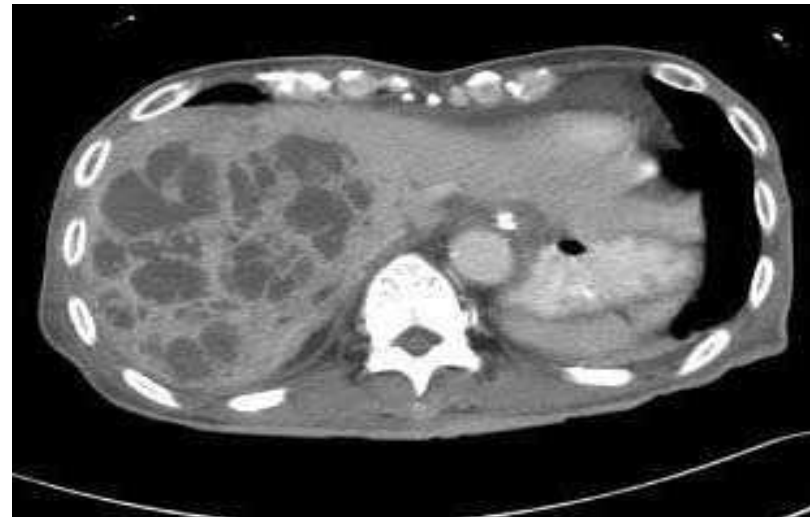
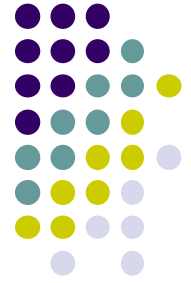


Imagerie

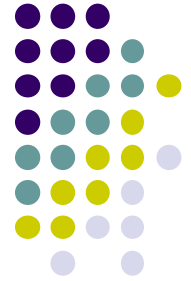
- TDM abdominal:
 - Pas systématique (40 à 60%)
 - Masse hypodense unique homogène ou multicloisonnée, avec liseré hyperdense
 - Réalisé en cas de doute, bilan étiologique, drainage
 - Sensibilité et spécificité = **100%**



Imagerie - photos



Imagerie - caractéristiques

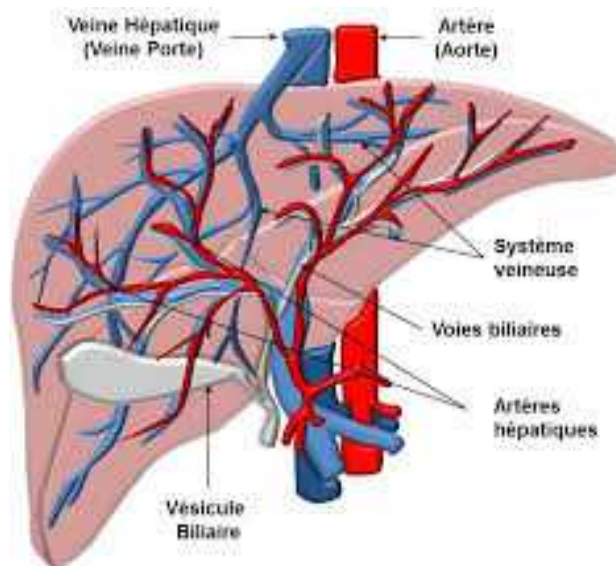


- Taille variable de 3 à 10cm, unique ou multiples
- Nombre:
 - Unique dans 60 à 80%
 - Deux lésions 10-20%
 - >2 plus rare
- Localisation:
 - Lobe droit = 65%
 - Lobe gauche = 10 à 20%
 - Bilobée parfois
- Pas de différence selon étiologie et type de germe



Diagnostic étiologique

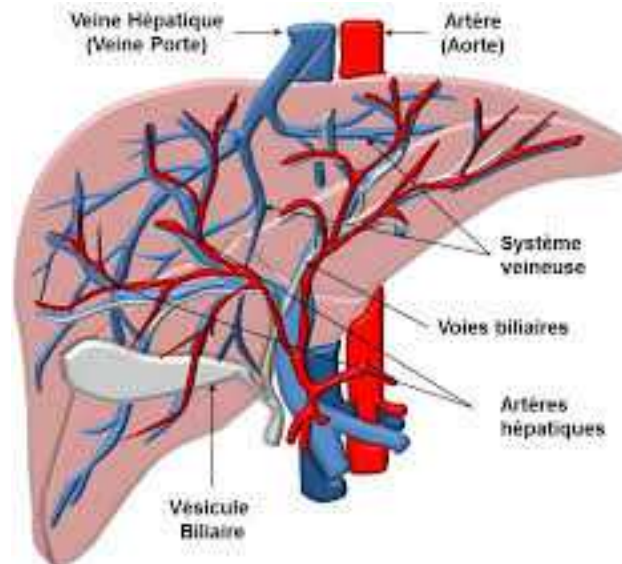
- L'étiologie est retrouvée dans 90% des cas
- Biliaire = 30 à 50%:
 - Secondaire a obstruction biliaire avec angiocholite
 - Bénignes: **lithiase**, anastomose bilio-digestive, CPRE
 - Malignes: tumeur Voies biliaires, ampoule de vater, pancréas



Diagnostic étiologique



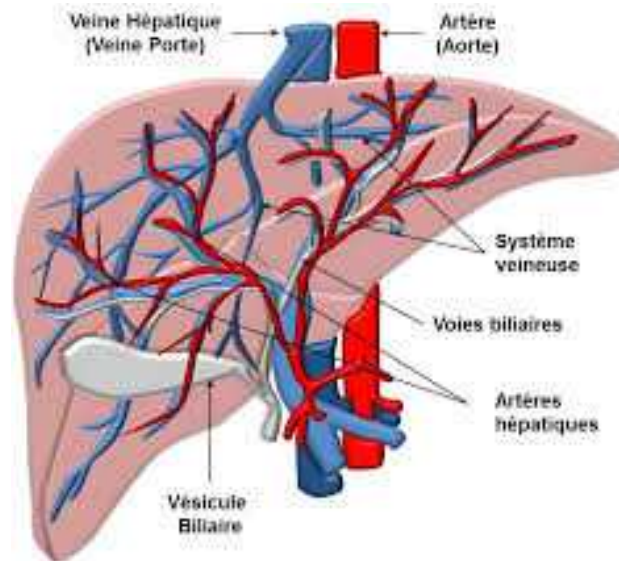
- Veineuse portale: 15-20%:
 - Bénéignes: diverticulite +++, abcès post-op, suppuration anale, appendicite, MICI
 - Malignes: **cancer colique** +++, K gastriques
 - Patients diabétiques et âgés >65ans
- NB: Inaugural dans certains cas d'une pathologie tumorale



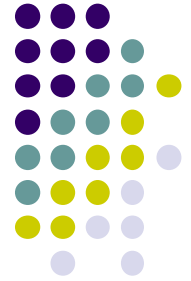
Diagnostic étiologique



- Artérielle: 5%
 - ⇒ Contexte d'immunosuppression+++ (VIH, transplantés)
 - ⇒ Sur abcès dentaire, pneumopathie, inf urinaire endocardite,



Diagnostic étiologique

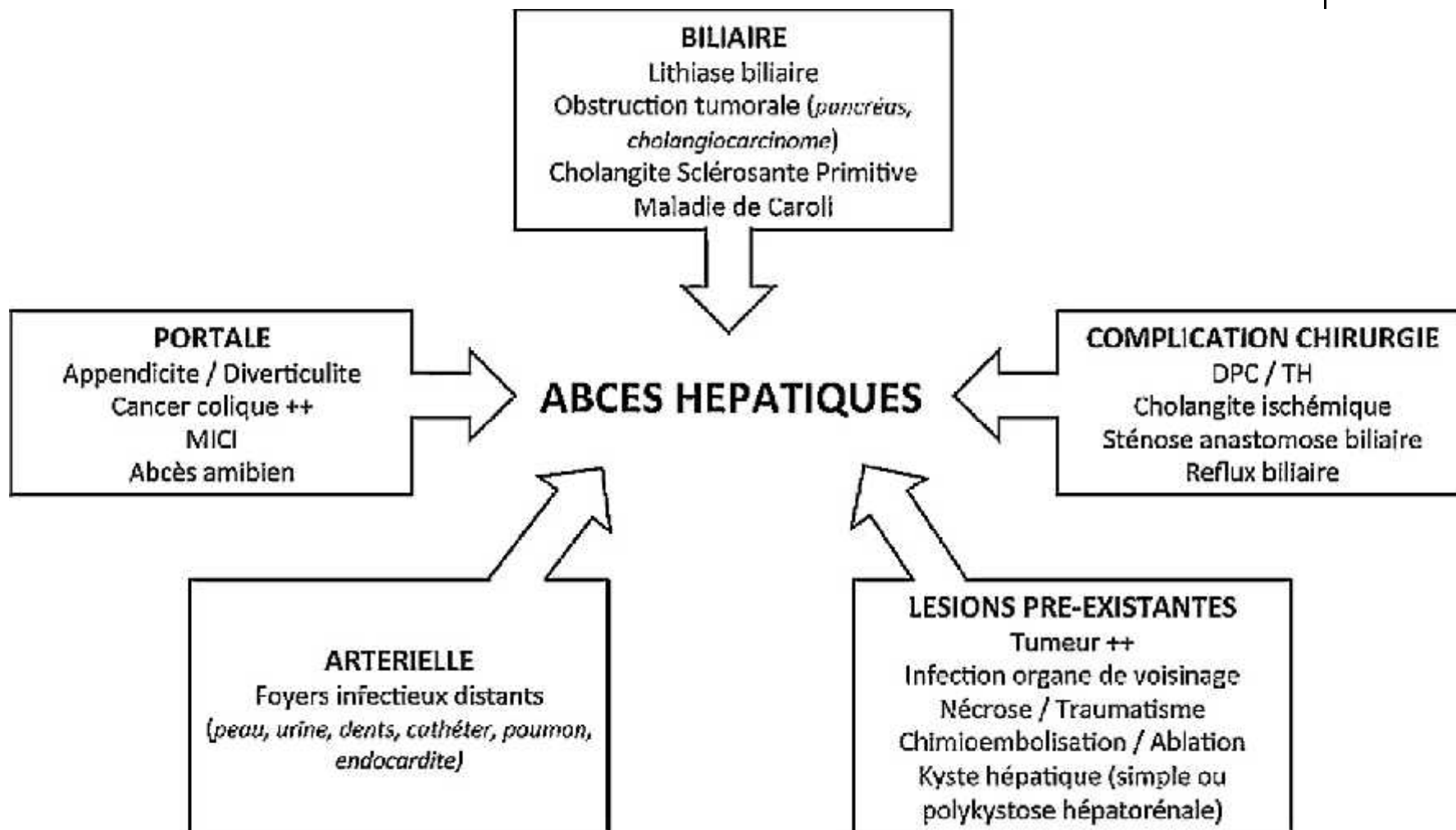


- Par contiguïté: 5%
⇒ Cholécystite aigue++, abcès sous phrénique
- Traumatique / Cryptogénique dans 10 à 20% cas

NB: Cas des patients âgés: prévalence plus élevée d'étiologie veineuse et de prélèvements polymicrobiens



Diagnostic étiologique



Traitement



- **Antibiothérapie:**


- Débutée par voie intraveineuse, DOUBLE,
- Puis relai adapté aux prélèvements
- Prolongée > **4** semaines
- Utilisation de C3G/ Pénicilline / Métronidazole / Aminosides
- Ne **DOIT pas** être la **seule** thérapeutique: INSUFFISANT surtout si taille > 5cm
- Doit obligatoirement précéder toute manœuvre invasive sur l'abcès



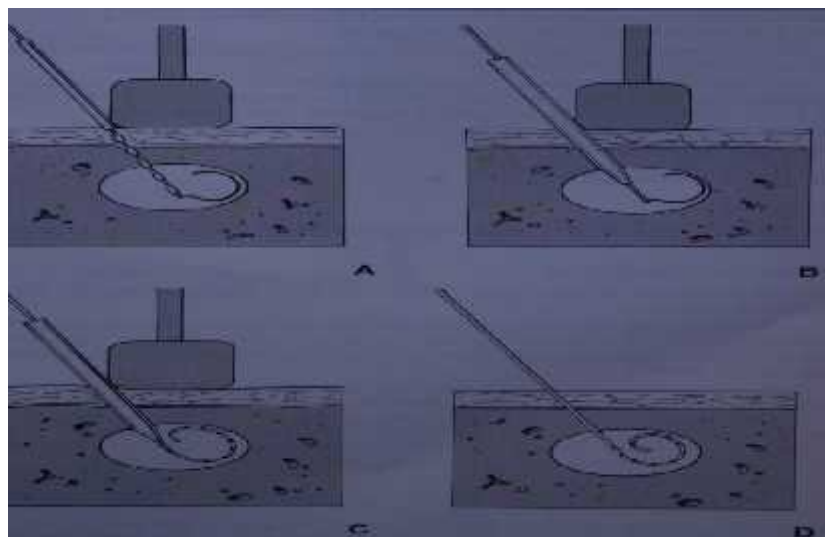
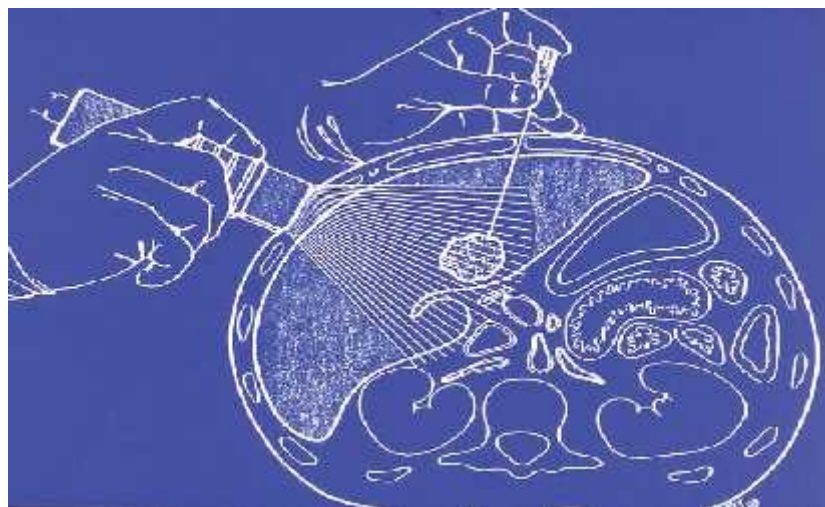
Traitement

- **Traitement per cutané**

- **Ponction-aspiration / drainage per cutané**

- Traitement de première intention
- Réalisé sous contrôle échographique ou scannographique
- Indiqué si abcès **> 5cm**, raccourcit durée antibiothérapie
- Les deux méthodes ont des résultats équivalentes
- Peu de complications < 10%
 - Hémorragies
 - Perforation intestinales
 - Fuites péritonéales
 - Pleurésies purulentes
- En cas d'échec de 3 ponctions  Drainage

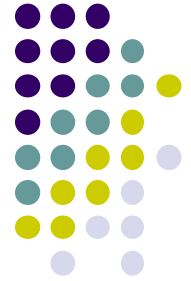
Traitement per-cutané



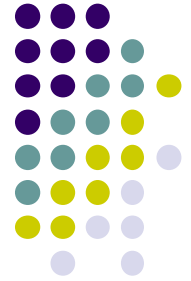
Abcès hépatique



Traitement



- **Drainage chirurgical:**
 - Voie d'abord trans péritonéale le plus souvent
 - Principes du traitement:
 - évacuation de l'abcès,
 - Prélèvement du pus pour culture
 - Necrosectomie et prélèvement des fragments
 - Drainage de la cavité résiduelle (déclive, large)
 - Traitement des lésions abdominales associées



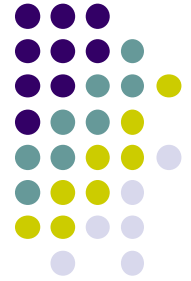
Place de la chirurgie

Le drainage chirurgical est indiqué

1. en cas d'échec du traitement percutané bien conduit ;
2. en première intention si l'abcès est rompu ou fistulisé,
3. si l'abcès est très cloisonné et ne répond pas à l'antibiothérapie
4. et si la cause est chirurgicale et urgente (appendicite, sigmoïdite perforée, cholécystite abcédée..) ;

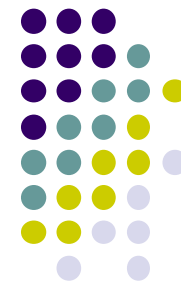
→ **Pronostic aggravé (mortalité 15%)**

Ne pas oublier...



TRAITEMENT ETIOLOGIQUE +++

- CPRE si pathologie biliaire
- Chirurgie associée si infection intra abdominale (appendicite, péritonite, sigmoïdite, tumeur++)
- Porte d'entrée pulmonaire, urinaire, dentaire

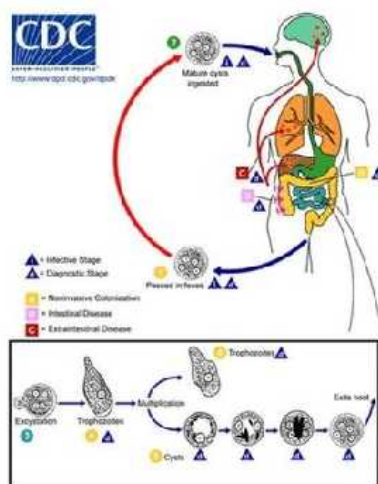


Conclusion

- Pathologie rare, qui augmente avec l'âge
- Tableau clinico-bio **peu spécifique** mais on doit y penser
- Influence des co-morbidités
- Nécessité d'avoir **prélèvement** microbiologique
- Eliminer AMIBES si évocateur
- Traitement par **ATB double et prolongée** associé au **DRAINAGE**
- **Traitement ETIOLOGIQUE**
- Pronostic amélioré depuis méthode per-cutané
- Chirurgie: indications restreintes



2- Abscès amibien

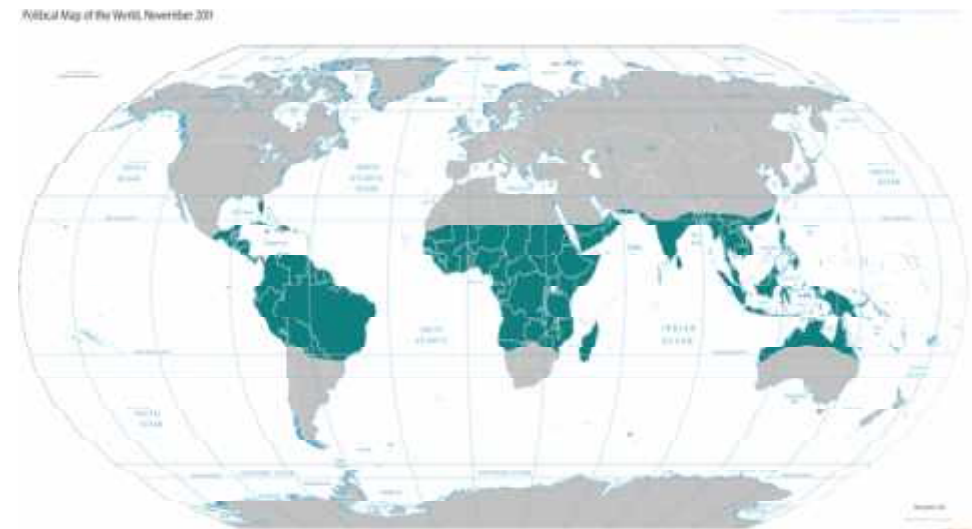


Entamoeba histolytica

Généralités



- Plus fréquent, y penser au retour de **voyage** tropical (10%) +++ , même à distance



Généralités

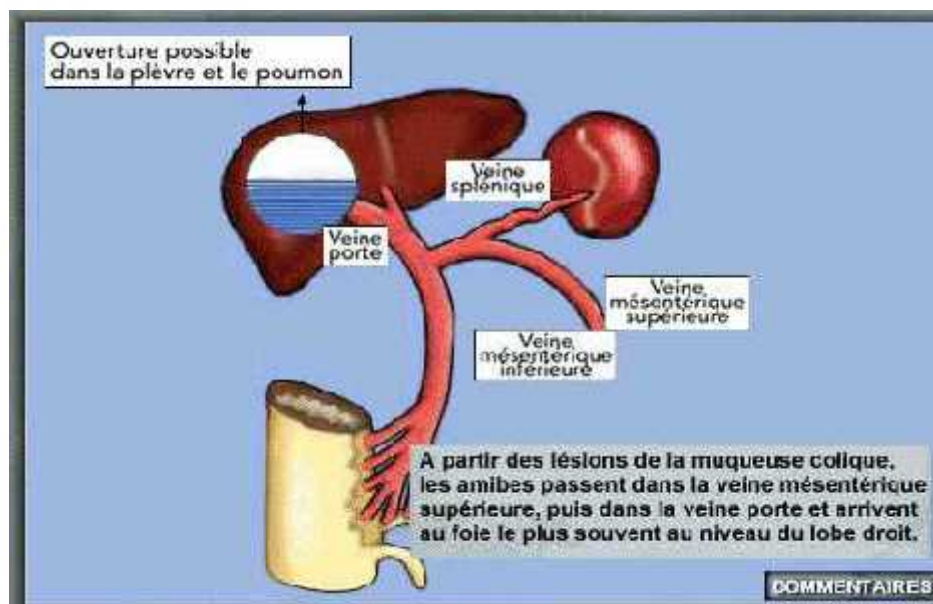
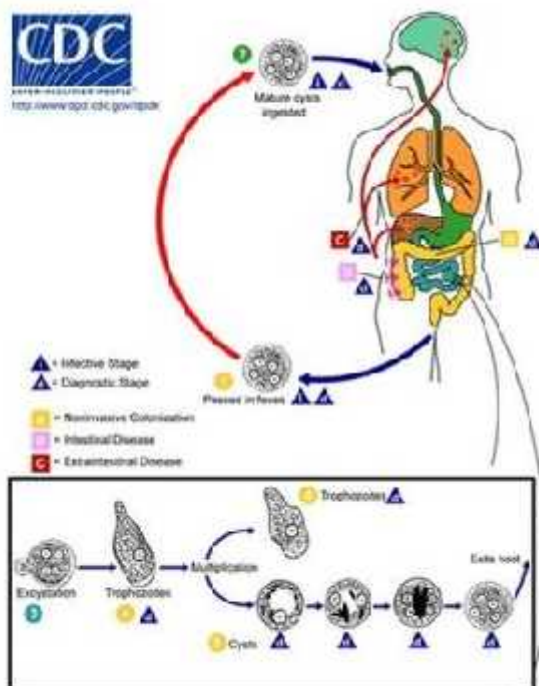


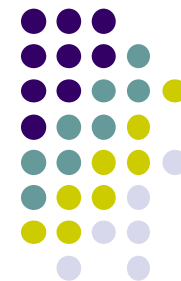
- Plus fréquent, y penser au retour de **voyage** tropical (10%) + + +, même à distance
- Sinon recherche immunosuppression
- Germe: ***Entamoeba histolytica***, 3 formes
 - Kystique = dissémination
 - Histolytica minuta: non pathogène = infestation
 - **Histolytica histolytica**: dissémination hématogène = PATHOGENE
- Atteinte sujets jeunes, peu de formes compliquées



Diffusion

Toujours précédée d'un **amibiase colique**:
→ Diarrhée glairo-sanglante / syndrome rectal



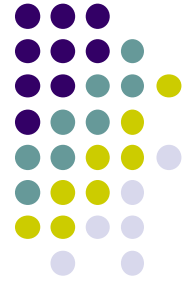


Présentation clinique

- Notion de séjour en zone d'endemie
- Diarrhée glairo-sanglante / syndrome rectal
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Syndrome fébrile**
 - **Douleur HCD**
 - **Ictère clinique**

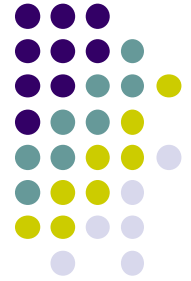
- Amaigrissement – Altération de l'état général
- Nausées-vomissements
- Hépatomegalie
 - douloureuse à la palpation ou à l'ébranlement
- Défense abdominale
 - en particulier HCD et épigastre

Prise en charge



- Diagnostic:
 - **Sérologie amibiase** très sensible (Ac AA), si négative doit être renouvelée 2 à 3 semaines plus tard
 - IMAGERIE
- Traitement MEDICAL:
 - **Métronidazole 10j +/- Améobicide de contact (Intétrix 200mg)**
- **Pas d'indication à la ponction percutanée sauf**
 - diagnostic différentiel avec abcès pyogène
 - Abcès volumineux (> 10 cm de diamètre)
 - Résistance au traitement médical,
 - menace de rupture (liquide classiquement « chocolat »)

Orientation pyogène / amibes



- Pyogènes:
 - ❑ Age > 50ans
 - ❑ Diabète
 - ❑ Hyperbilirubinémie
 - ❑ Pathologie associée

- Amibes:
 - ❑ Age jeune, hommes
 - ❑ Notion de séjour en zone d'endemie
 - ❑ Diarrhée +++
 - ❑ Abcès **UNIQUE, du FOIE DROIT**



Merci de votre attention,