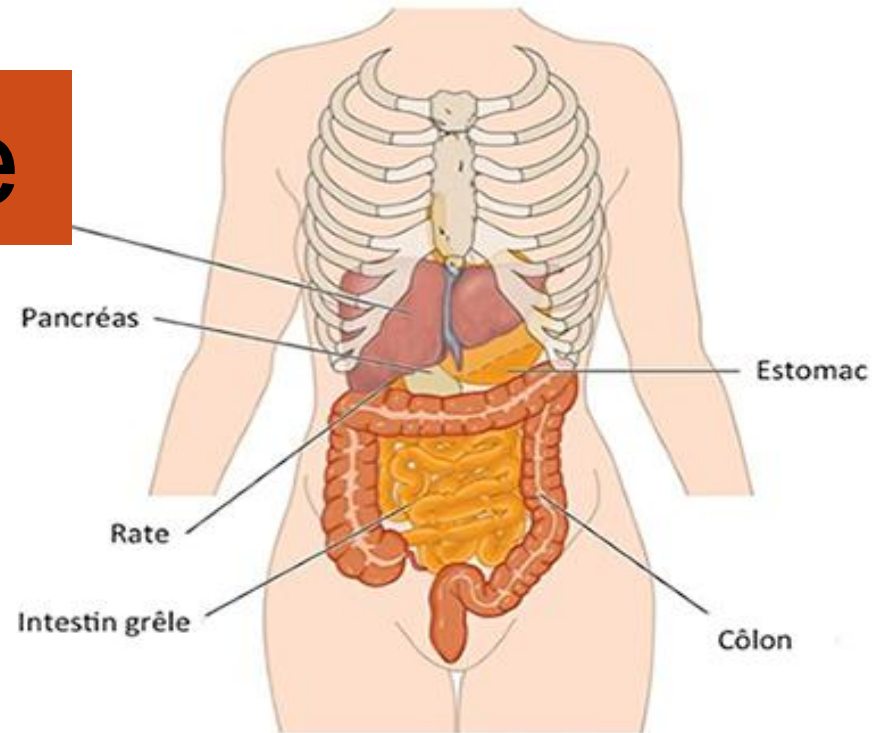


Les Abscès du foie

Sémiologie chirurgicale

Dr A. BELKADI
Chirurgie Générale

Le Foie

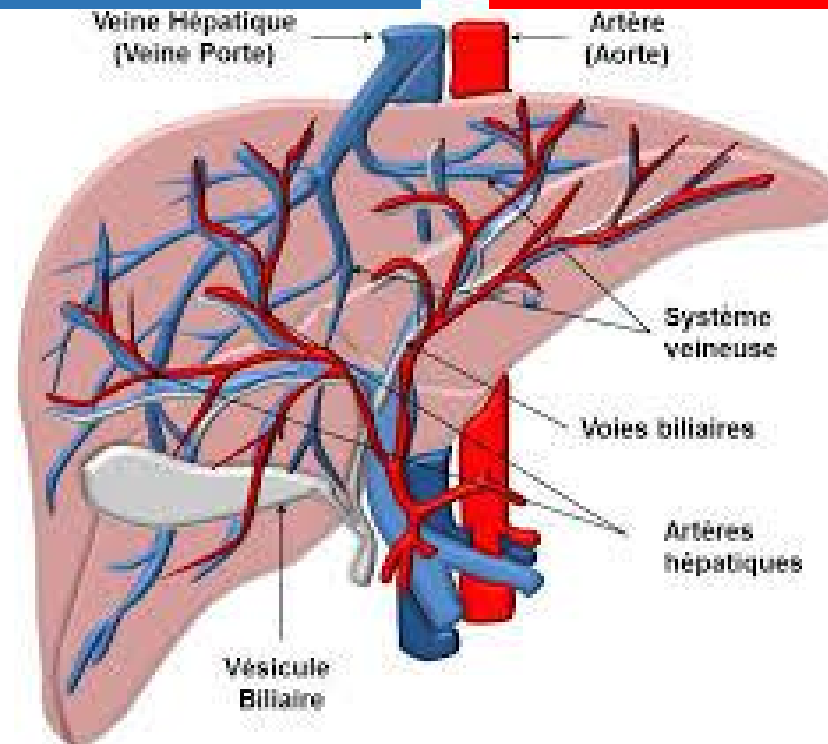


- organe le plus volumineux de l'organisme humain.
- situé dans la partie supérieure droite de l'abdomen
- appartient au système digestif.
- assure des fonction vitales à l'organisme.

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 assure

Métabolisme des glucides et lipides

Synthèse des protéines sanguines

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

Détoxification

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

Production de la bile

Examen clinique du foie

- **Technique:**
 - Patient en décubitus dorsal, respirant lentement, abdomen relâché, jambes repliées
- **Inspection:**
 - Voissure ou tuméfaction de l'HCD et/ou de l'épigastre
- **Percussion:**
 - Limite supérieure du lobe hépatique droit:
hauteur de la 5^e côte, en dedans de la ligne médio-claviculaire
- **Palpation:**
 - Bord inférieur du foie:
 - Normalement perçu en inspiration dans l'HCD et dans l'épigastre
 - Régularité ou irrégularité
 - Consistance: mousse ou tranchant
 - Sujet normal: mousse et régulier
 - Face antérieure du foie:
 - Se déplace avec les mouvements respiratoires
 - Régularité ou irrégularité
 - Consistance: élastique, ferme, dure, pierreuse
 - Sensibilité
 - Reflux hépato-jugulaire
 - Normalement: régulière, élastique, indolore
- **Auscultation:**
 - Souffle
- **Hépatomégalie:**
 - Limite supérieure du foie repérée par la percussion
 - Limite inférieure du foie repérée par la palpation
 - Hauteur du foie sur la ligne médio-claviculaire chez un sujet normal: 10 cm
 - Hépatomégalie > 12 cm



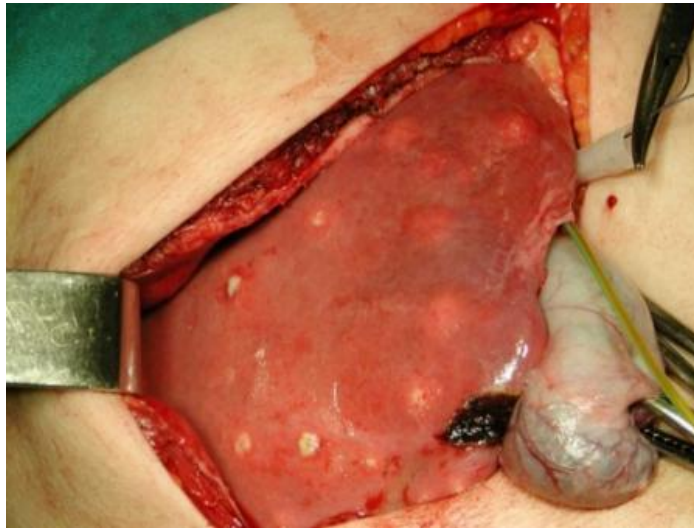
L'abcès hépatique (AH) est

- une cavité suppurée en rapport avec l'invasion et la multiplication de micro-organismes au dépend du tissu hépatique sain ou pathologique

Les AH peuvent être de cause

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

1- Abscès hépatique 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 ou antécédents

Présentation clinique

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



- Age moyen: **60** ans (médiane 55-65)
- Discrète prédominance **masculine**

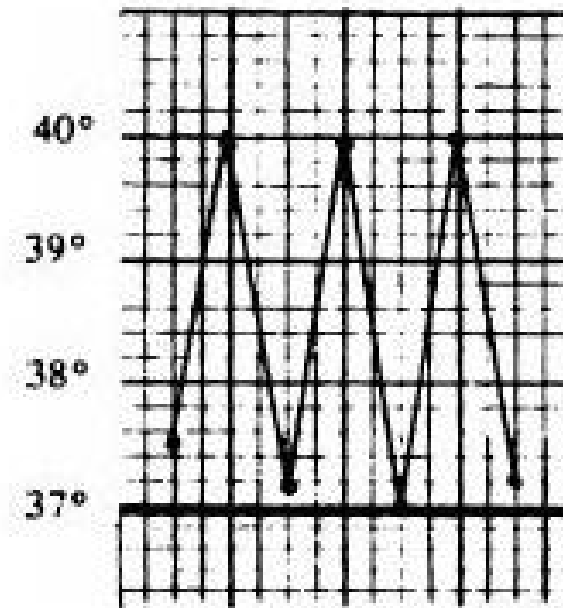


FIG. 5. — Fièvre rémittente.

Présentation clinique

- Délai moyen avant consultation: 6 à 14 jours
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Fièvre = 80 à 90% ***
 - **Douleur HCD (hépatalgie)= 70% ***
 - Douleur spontanée,
 - intensité variable,
 - continue ou progressivement croissante.
 - majorée par l'inspiration profonde ou la toux.
 - Peut être provoquée
 - par la palpation
 - par l'ébranlement du foie



Présentation clinique

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



Ictère conjonctival



Ictère cutané

Présentation clinique

- Délai moyen avant consultation: 6 à 14 jours
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Fièvre = 80 à 90% ***
 - **Douleur HCD (hépatalgie) = 70% ***
 - **Ictère clinique = 15% ***
- Seulement 10% présentent la triade douleur, fièvre, ictère

Présentation clinique

- Délai moyen avant consultation: 6 à 14 jours
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Fièvre = 80 à 90% ***
 - **Douleur HCD (hépatalgie) = 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%**
 - Globale, Lisse, ferme, régulière
 - mais difficile à palper en raison de la défense pariétale
 - Douleur avec douleur à la percussion du foie (à l'ébranlement)

Présentation clinique

- Délai moyen avant consultation: 6 à 14 jours
- Tableau clinique peu spécifique:
 - **Fièvre = 80 à 90% ***
 - **Douleur HCD (hépatalgie) = 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 a la palpation ou a l'ébranlement
 - Défense abdominale
 - en particulier HCD et épigastre

Biologie

- Hyperleucocytose $> 12 \cdot 10^3 \text{ elm/mm}^3 = \mathbf{90\%}$, prédominance PNN*
- Cytolyse jusqu'à 10N (prédominant sur ALAT) = **50 à 70%**
- Cholestase = 60% (en général pas majeure: 2N) prédominant sur Phosphatase alcaline *
- Hyperbilirubinémie conjuguée = **30%** *
- **NB:** La triade (*) dans contexte fébrile peut faire évoquer le diagnostic

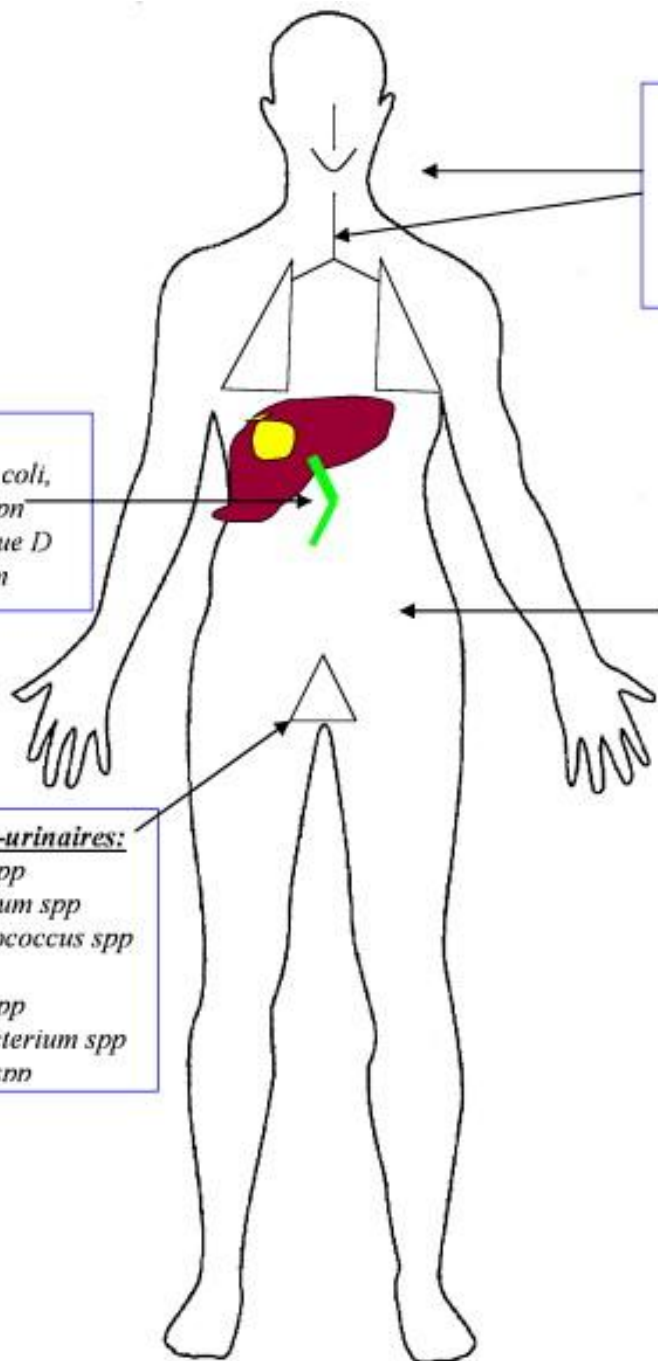
Imagerie

- ASP/Thorax: surélévation coupole +/- épanchement pleural
- ECHOGRAPHIE ABDOMINALE: +++
- TDM abdominal

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%**



Voies aériennes et orales:

- *Fusobacterium spp*
- *Prevotella spp*
- *Prevotella spp*
- *Streptococcus spp*
- *Propionibacterium spp*

Bile

- Eschericia coli,*
- Klebsiella pn*
- Streptocoque D*
- Clostridium*

Colon :

- Bacteroïdes spp*
(*vulgatus,*
thetaiomicron,
distasonis)
- Bifidobacterium spp*

Voies génito-urinaires:

- *Prevotella spp*
- *Fusobacterium spp*
- *Peptostreptococcus spp*
- *Bacteroides*
- *Prevotella spp*
- *Propionibacterium spp*
- *Veillonella spp*

Origine des abcès hépatiques

- Retrouvée dans 90% des cas
- Biliaire = 30 à 50%:
 - Secondaire a obstruction biliaire avec angiocholite
 - Bénignes: **lithiase**, anastomose bilio-digestive, CPRE
 - Malignes: tumeur VB, ampoule, pancréas

Origine des abcès hépatiques

- Retrouvée dans 90% des cas
 - Biliaire = 30 à 50%
 - Secondaire a obstruction biliaire avec angiocholite
 - Bénéignes: **lithiase**, anastomose bilio-digestive, CPRE
 - Malignes: tumeur VB, ampoule, pancréas
 - 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

Origine des abcès hépatiques

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

Traitement

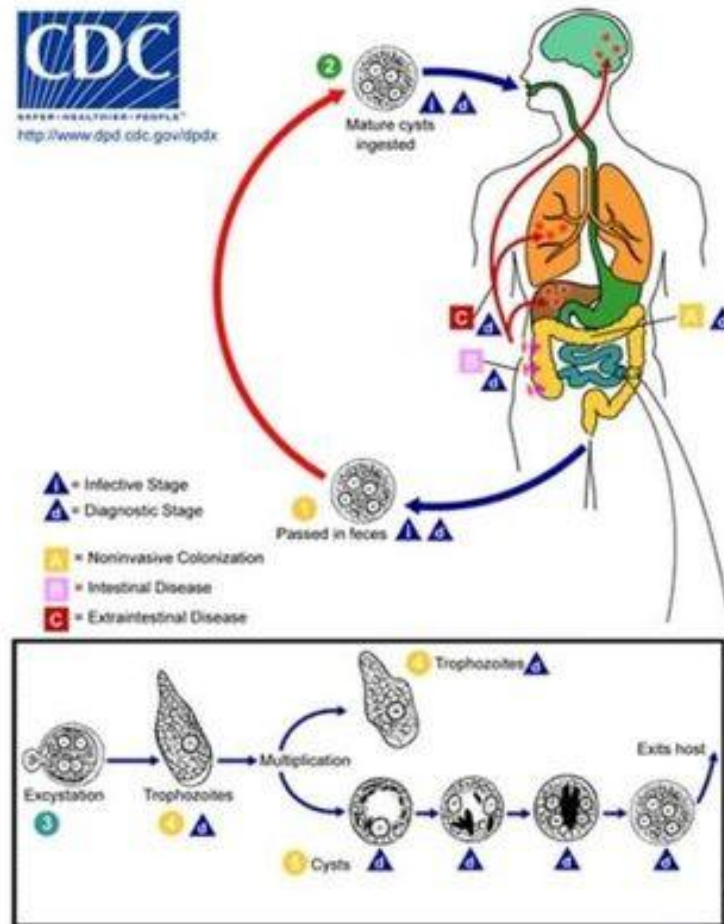
Le traitement associe

1. l'antibiothérapie
2. l'évacuation du pus,
3. Suivis ou non de drainage,
4. et le traitement de la lésion responsable

2- Abcès amibien

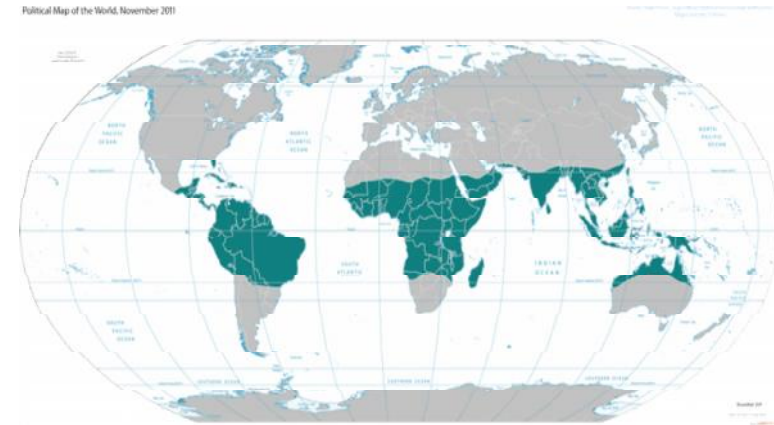


Entamoeba histolytica



Généralités

- y penser au retour de **voyage** en zone tropicale



- Sinon rechercher une immunosuppression
- Germe: ***Entamoeba histolytica***,
 - Atteinte des sujets jeunes,
 - peu de formes compliquées
 - Toujours précédée d'un **amibiase colique**

Présentation clinique

- Notion de séjour en zone tropicale
- Diarrhée glairo-sanglante / syndrome rectal (amibiase colique)

Tableau clinique peu spécifique:

- **Fièvre**
- **Douleur Hypochondre droit (HCD)**
- **Ictère clinique**
- Amaigrissement – Altération de l'état général
- Nausées-vomissements
- Hépatomégalie
 - douloureuse a la palpation ou a l'ébranlement
- Défense abdominale
 - en particulier HCD et épigastre

Orientation pyogène / amibes

- **Pyogènes:**

- Age > 50ans
- Diabète / immunosuppression
- Hyperbilirubinémie
- Pathologie associée (biliaire, veineuse portale, artérielle)

- **Amibes:**

- Age jeune
- Diarrhée glairo-sanglante / syndrome rectal +++
- Abscès souvent **UNIQUE,**
- Sérologie amibiase**

Merci de votre attention,