

ABCES AMIBIEN DU FOIE EN CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE, BAMAKO, MALI.

Amoebic liver abscess in general surgery at the Gabriel Touré teaching hospital, Bamako, Mali

A. Traoré^{1*}, A. Togo¹, L. Kanté¹, B. T. Dembélé¹, I. Diakité¹, Y. Coulibaly², B.M. Samaké³, M. Konaté¹, T. Koné¹, Diarra¹ A, Traoré¹ A, Tounkara¹ I, M. Keita², D. M. Diango³, G. Diallo¹,

¹ Service de chirurgie générale CHU Gabriel TOURE ; ² Service de chirurgie pédiatrique CHU Gabriel TOURE ; ³Service d'anesthésie et de réanimation CHU Gabriel TOURE

Auteur principal * : Dr Traoré Alhassane, Maître Assistant en chirurgie générale, à la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS). C.H.U Gabriel Touré, Bamako (MALI) BP : 267 Fax : 20 22 60 90 Tel: (00223) 76 43 21 30 / 63 02 79 76 Email: alhassanetraore2008@yahoo.fr

RESUME

Les objectifs étaient de déterminer la fréquence, de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de l'abcès amibien du foie.

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré du 1^{er} Janvier 2004 au Décembre 2008. Ont été inclus dans cette étude tous les patients hospitalisés et traités pour abcès amibien du foie. Nous avons colligé 53 dossiers soit une fréquence de 1,3%. Il s'agissait de 45hommes (84,9%) et 8femmes (15,1%). Le sex-ratio a été de 5.6 et la moyenne d'âge 39.5 ans. Le délai moyen de consultation a été de 3 semaines. Les signes observés ont été la fièvre 96.2% (51cas), l'hépatalgie 94.3%(50cas), l'hépatomégalie 90.6% (48cas) et l'anorexie 88.7%(47cas). Les collections d'abcès objectivées à l'échographie abdominale étaient localisées dans le lobe droit dans 79.2%(42cas), uniques dans 92.5%(49cas) et de 100 mm de diamètre en moyenne. La radiographie pulmonaire de face a retrouvé une surélévation de la coupole diaphragmatique droite 66,7% (14cas). La sérologie amibienne effectuée dans 60.4% des cas, a été négative dans 2 cas (6.2%). Le traitement médical seul a été efficace dans la majorité des 62.7% (32cas), une ponction évacuatrice échoguidée associée au traitement médical a été nécessaire dans 31,4% (16 cas). Les méthodes chirurgicales ont été très peu recommandées 5,9%(3cas). La quantité moyenne de pus a été de 637.6ml. La durée Moyenne de traitement a été de 11 jours. Nous avons enregistré 3 décès dont l'un suite à une septicémie sur péritonite par rupture d'abcès du foie et les 2cas sur terrain VIH.

Conclusion : L'abcès amibien du foie est peu fréquent dans notre service. La négativité de la sérologie n'exclut pas le diagnostic. Le traitement médical est habituellement curatif en l'absence de complication. **Mots-clés** : Abcès amibien - Foie - Médicale - Chirurgie - Mali.

SUMMARY

The objectives were to determine the frequency, to describe the clinical and therapeutic aspects of amoebic liver abscess. This was a retrospective study in the general surgery department of the CHU Gabriel Touré from 1 January 2004 to December 2008. Were included in this study all patients hospitalized and treated for amoebic liver abscess. We collected 53 cases a frequency of 1.3%. This was 45hommes (84.9 %) and 8femmes (15.1%). The sex ratio was 5.6. The average age was 39.5 years. The average consultation time was 3 weeks. The signs observed were fever 96.2 % (51cas) , the hepatalgy 94.3 % (50cas) , hepatomegaly 90.6 % (48cas) and anorexia 88.7 % (47cas) . Collections abscess objectified in abdominal ultrasound were located in the right lobe in 79.2 % (42cas), unique in 92.5 % (49cas) and 100 mm in diameter on average. Pulmonary radiograph found an elevation of the right diaphragmatic dome 66.7 % (14 cases). Amoebic serology performed in 60.4 % of cases, was negative in 2 cases (6.2 %). The only medical treatment was effective in the majority of 62.7 % (32cas), an ultrasound-guided paracentesis associated with medical treatment was required in 31.4% (16 cases). Surgical methods were very few recommended 5.9 % (3 cases). The average amount of pus was 637.6ml. Average duration of treatment was 11 days. We recorded three deaths, including one due to sepsis on peritonitis from ruptured liver abscess and 2 cases on grounds of HIV.**Conclusion:** The amoebic liver abscess is uncommon in our service. Negativity serology does not exclude the diagnosis. Medical treatment is usually curative in the absence of complications. **Keywords:** amoebic abscess - Liver - Medical - Surgery - Mali.

INTRODUCTION

L'amibiase est une infection parasitaire causée par *Entamoeba histolytica*. Elle a été décrite par Fédor Aleksandrovich Losch en 1875 [1]. L'infection amibienne a été estimée à environ 12% de la population mondiale et jusqu'à 50% de la population dans les régions tropicales et subtropicales [2,3]. L'OMS estime qu'*Entamoeba histolytica* provoque 50 millions de cas et 100.000 décès par an, faisant de cette affection la deuxième cause de décès par maladies dues à des protozoaires [3,4]. En Asie du Sud - Est, l'amibiase maladie survient chez 15% des porteurs sains (13 à 43% de la population) et se complique d'abcès du foie dans 25% des cas [5]. En Europe, il s'agit d'une pathologie d'importation à cause de l'immigration et du tourisme [6,7]. En Afrique, la prévalence de l'amibiase hépatique est de 1 à 2 % dans la population générale au Sénégal. Elle est responsable de l'hospitalisation dans 1,9% en Côte d'Ivoire contre 1.3 % au Burundi. [8]. Elle est la complication la plus fréquente extra-intestinale chez 3% à 9% des patients [4,9]. Le traitement est le plus souvent médical mais des complications peuvent survenir. Objectifs: étaient de déterminer la fréquence, de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de l'abcès amibien du foie.

MATERIELS-METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de janvier 2004 à Décembre 2008, que nous avons réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Ont été inclus dans cette étude tout patient admis pour abcès amibien du foie confirmé.

Nous n'avons pas retenu les abcès du foie non amibiens (pyogènes, fongiques, tuberculeux) et les malades non consentants. Les variables étudiés ont été : l'âge, le sexe, la profession, le niveau socio-économique, les facteurs de risque et les signes cliniques. Les examens complémentaires réalisés ont été une échographie abdominale, la radiographie du thorax de face, la sérologie amibienne, l'examen cytot bactériologique de l'abcès, la numération formule sanguine et l'exploration de la fonction hépatique (les transaminases, les phosphatases alcalines, la bilirubine totale, l'albumine, Gamma-GT, la prothrombine). Un dépistage au VIH a été systématiquement proposé et réalisé avec le consentement du malade. Les données ont été saisies et analysées sur le Logiciel Epi info (version 6). Les tests χ^2 et de Student ont été utilisés pour comparer nos résultats à ceux d'autres auteurs. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

RESULTATS

Nous avons colligé 53 dossiers sur 4317

admissions soit une fréquence hospitalière de 1,3%. Il s'agissait de 45hommes (84,9%) et 8femmes (15,1%). Le sex-ratio a été de 5.6 et la moyenne d'âge 39.5 ans. Le délai moyen de consultation a été de 3 semaines. Les signes cliniques les plus fréquents ont été la fièvre 96.2%(51cas), l'hépatalgie 94.3%(50cas), l'hépatomégalie 90.6%(48cas) et l'anorexie 88.7%(47cas). Les collections d'abcès objectivées à l'échographie abdominale étaient localisées dans le lobe droit dans 79.2%(42cas), uniques dans 92.5%(49cas) et de 100 mm de diamètre en moyenne. La radiographie pulmonaire de face a retrouvé une surélévation de la coupole diaphragmatique droite 66,7% (14cas). La sérologie amibienne effectuée dans 60.4% des cas, a été négative dans 2 cas (6.2%). Les autres signes clinico-biologiques sont notés dans le **tableau 1**. Le traitement médical seul a été efficace dans la majorité des 62.7% (32cas), une ponction évacuatrice échoguidée associée au traitement médical a été nécessaire dans 31,4% (16 cas), Les méthodes chirurgicales ont été très peu recommandées 5,9%(3cas). La quantité moyenne de pus a été de 637.6ml. La durée Moyenne de traitement a été de 11 jours, l'écart type = 3 jours, et des extrêmes = 7 à 21 jours. Nous avons enregistré 3 décès dont l'un suite à une septicémie sur péritonite par rupture d'abcès du foie et les 2cas sur terrain d'immunodépression VIH.

DISCUSSION

La Fréquence de l'abcès amibien du foie a représenté 1.3% des hospitalisations dans notre service durant la période d'étude soit une incidence annuelle de 13.2 cas. Cette fréquence n'est pas différente de celle retrouvée (1 à 2%) en Afrique intertropicale [10]. Il est rare dans les pays industrialisés et est actuellement presque exclusivement rencontré chez les immigrés ou les voyageurs [11, 12,13]. Il peut se rencontrer à tout âge [14,6]. L'âge moyen de 39.5 ans dans notre étude est proche de celui de la littérature [15, 16,17] ; il se situe dans la tranche d'âge de 20 à 50 ans, qui est la plus affectée selon les auteurs [11, 14,6, 18]. Les hommes étaient plus représentés 84,9% (sex ratio 5.6/1). La prédominance du sexe masculin a été retrouvée dans beaucoup d'études [11, 15, 17,18]. La cause n'est pas encore élucidée, cependant certains auteurs [14,6] considèrent les hormones sexuelles féminines et la réponse immunitaire comme facteurs protecteurs. L'abcès amibien du foie se recrute essentiellement dans les couches sociales défavorisées et 77,4% de nos patients proviennent de ce milieu. La pauvreté favorise l'infection en raison des lacunes en matière d'assainissement et d'hygiène. D'autres

facteurs : les égouts, les pratiques sous-optimales de fertilisation, de l'irrigation déficiente, de l'eau non traitée, la promiscuité facilitent l'ingestion de kystes infectants d'*histolytica E*.

Le délai moyen de consultation de 16.9 jours de nos patients est supérieur à celui des auteurs européen [15] et asiatique [19]. En Afrique et dans notre pays en particulier, le recours à la médecine traditionnelle par nos populations est fréquent. Les raisons sont : l'insuffisance de la couverture sanitaire, l'analphabétisme, manque de moyens financiers.

La forme classique de l'abcès amibien du foie regroupe une hépatomégalie douloureuse et fébrile (Triade de FONTAN). La douleur (hépatalgie) en est le symptôme le plus constant. Le de taux 94,3% de notre série est proche de ceux de la littérature 84 à 100% des cas [17, 7]. La douleur spontanée ou provoquée, siégeant dans l'hypochondre ou l'hémi thorax droits dans 66 à 99% des cas, est de type et d'intensité variables [14,6]. La fièvre (96.2%) et l'anorexie 88,7% ont été retrouvées dans notre série et dans la littérature [19, 7, 20]. Les autres signes associés sont inconstants (18.8% à 37.1%) tableau 1.

Une hépatomégalie est présente à une fréquence variable d'une étude à une autre. Elle a été retrouvée à 90.6% dans notre série contre 25 et 74% chez Seeto et Lodhi [7,20], son caractère essentiel est la douleur provoquée par l'ébranlement.

Une hyperthermie > 38°C est le plus souvent associée selon [7,20]. D'autres signes peuvent être retrouvés tels que les râles pulmonaires, un syndrome péritonéal et un ictère. Ils ont un caractère péjoratif et demeurent cependant inconstants (34 à 46 %) dans les différentes séries.

Les techniques d'imagerie modernes actuelles, ont modifié significativement les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès amibiens du foie. L'échographie est l'examen de première intention mais pas toujours disponible dans notre contexte, encore moins la ponction échoguidée, en urgence. Toutes les ponctions ont été réalisées en dehors de l'hôpital. La localisation au lobe droit (Fig.1) demeure la plus fréquente (73 à 90.3%) dans beaucoup d'études [20, 21, 22]. Nous avons trouvé un taux de localisation de 79.2% dans le lobe droit, comparable à celui retrouvé dans la littérature. Le volume important du lobe droit, l'importance relative de sa vascularisation et la mixtion imparfaite dans la veine porte des flux provenant des veines mésentériques et splénique seraient les raisons qui expliquent cette localisation préférentielle [14,6]. L'abcès unique a été le plus fréquent

dans notre étude comme dans la plupart des séries [20, 21, 22] et de taille variable. La moyenne dans notre série était comparable à celle de Mc GARR [17] mais différente de ceux d'OUDOU [23] et LODHI [20]. Cette différence pourrait s'expliquer par la durée d'évolution de l'abcès. La détection d'anticorps sériques confirme l'origine amibienne de l'abcès du foie [14, 5]. C'est un examen coûteux (12,3 euros) et non disponible dans notre établissement. Il n'a pas pu être effectué que chez certains patients 39.6% (21cas). Dans les autres cas une ponction à visée diagnostique a révélé des aspects physiques (pus chocolat et inodore), biologiques (absence d'amibe, de leucocytes) en faveur d'une origine amibienne. L'examen cyto bactériologique du pus n'a mis en évidence qu'une seule fois (1/21 soit 4.8%) la présence de l'amibe dans le pus. Cela confirme les données de la littérature de l'inconstance de l'amibe dans les prélèvements [14,5]. Nous avons réalisé, avec le consentement des malades la sérologie HIV. Effectuée chez 28 patients (52.8%) au total, elle a été positive chez 14.3% des patients (4 cas). Des études ont montré une émergence de l'abcès amibien du foie avec la pandémie du sida [24, 26, 26]. Le traitement de l'abcès amibien du foie fait appel aux nitro-5-imidazolés [14,6]. Les moyens médicaux ont été préconisés dans la majorité des cas (48 patients soit 90.6%) dans notre étude, en l'absence de signes de complication et quelque soit la taille de l'abcès. Cette approche thérapeutique était utilisée par d'autres auteurs [15, 14, 22]. L'effet thérapeutique a été cliniquement évalué au bout de 48 à 72 heures et a révélé une efficacité de 66.7% (32/48 patients) dans notre étude. Pour d'autres [23, 27] le traitement médical n'est efficace que dans les abcès de petite taille (<5 mm de diamètre). Le métronidazole a été le seul imidazole utilisé dans notre étude comme dans la plupart des études [17, 22, 23]. Son efficacité, sa tolérance relativement bonne et son coût [6] ont motivé ce choix.

La ponction évacuatrice échoguidée est aussi un moyen thérapeutique [6]. Certains auteurs [17,23, 27, 28] considèrent la taille des abcès (diamètre ≥10 cm) et/ou leur localisation (abcès du lobe gauche) comme des indications de cette technique. Nous avons effectué cette méthode chez 16 patients (30,2%) après 72h sans amélioration clinique. Cette approche thérapeutique est rapide et réduit significativement le séjour hospitalier chez ces patients [16,22].

Un drainage chirurgical a été nécessaire dans 5.7% (3cas) dont deux d'abcès très volumineux avec risque imminent de rupture et un cas d'abcès fistulisé à la peau.

La chirurgie conventionnelle a été rarement réalisée (0 à 3.8 %) selon les différentes séries [15, 17, 22, 23]. Elle a été pratiquée chez 2 patients admis pour péritonite par rupture de l'abcès du foie. Les suites ont été simples chez 94.3% des patients.

L'abcès amibien du foie évolue toujours favorablement s'il est diagnostiqué et traité précocement [6,15, 17, 23]. La guérison clinique précède la disparition des lésions anatomiques qui peuvent persister quelques mois. Nous avons enregistré 3 décès dont l'un, suite à une septicémie et les deux autres sur terrain d'immunodépression VIH.

CONCLUSION

Le traitement médical par le métronidazole est habituellement curatif, mais des complications peuvent survenir. La chirurgie est très peu recommandée de nos jours mais indiquée dans les formes compliquées de rupture. La prévention passe par la lutte contre le péril fécal, une hygiène alimentaire et la lutte contre la pauvreté.

REFERENCES

1. **Stanley SL Jr.** Amibiase. *Lancet* 2003 ; 361:1025-1034.
2. **Ravdin JI.** Amibiase. *Clin Infect Dis.* 1995 ; 20:1453-1466.
3. OMS Groupe de travail scientifique. Diarrhées parasitaires. *Bull World Health Organ* 1980 ; 58(6): 819-830.
7. **Seeto RK, Rokey DC.** Amoebic liver abscess: epidemiology, clinical features and outcome. *West J Med.* 1999; 170:104-9
- 8 **Weinke T, Grobusch MP et Güthoff W.** Amoebic liver abscess- Rare need for percutaneous treatment modalities. *Eur J of Med recherche* 2002; 7:25-9
9. **Sharma MP, Sarin SK.** Abcès amibien du foie dans un hôpital nord de l'Inde, les tendances actuelles. *Brit J Clin Prac* 1987 ; 41 :789-93.
10. **Gentilini M, Caume E, Danis M.** Amebiasis in: Gentilini M. éd. *Médecine intertropicale.* Paris, Flammarion.1996; 165-72
11. **Un Albenmoussa , Sanai FM , Singhal A.** Liver abscess presentation and management in Saudi Arabia and the United Kingdom. *Ann Med Arabie* 2011; 31 (5):528-32.
12. **Congly SE, Shaheen AA, Meddings L.** Amoebic liver abscess in USA: a population-based study of incidence, temporal trends and mortality. *Liver Int* 2011; 31(8):1191-8.
13. **Marn H, Ignatius R, Tannich E.** Amoebic liver abscess with negative serologic markers for *Entamoeba histolytica*: mind the gap. *Infection* 2012; 40(1):87-91.
14. **Soubeyrand J, Pascal Léonetti, Gerard Moncany.** Pathologie Africaine. *Méd. Inter et Echographie Paris Masson* 1986 ; 7-28
15. **F Djossou, D Malvy, M Tamboura** Abcès

amibien du foie, analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme thérapeutique. *La Rev de Med Int* 2003; 24:97-106

16. **Blessmann Joerg, Ho Duy, Duong Manh Hung.** Treatment of amoebic liver abscess with metronidazole alone or in combination with ultrasound-guided needle aspiration: A comparative, prospective and randomized study. *Trop Med and Inter Health*2003; 8(11): 1030-1034
17. **PL Mc Garr, TE Madiba, SR Thomson.** Amoebic liver abscess: Result of a conservative management policy. *Suth Africa Med J* 2003; 93:132-6
18. **Navneet Sharma, Aman Sharma, Sub hash Varma et al.** Amoebic liver abscess in the medical emergency of a North Indian hospital. *BMC Research* 2010; 3: 21
19. **Viroj Wiwanitkit.** A note on clinical presentations of amoebic liver abscess: a overview from 62 Thai patients. *BMC Family Practice* 2002; 3:13
20. **S Lodhi, AR Sarwari, M Muzammil.** Features distinguishing amoebic from Pyogenic liver abscess: A review of 577 adult cases. *Trop Med and intern Health* 2004; 9 (6):718-723
21. **Shamsuzzaman SM, Rashidul Haque, Ruhul SK.** 2000 Socio-economic status, clinical features, and laboratory parasitological findings hepatic Amebiasis patients. A hospital based prospective study in Bangladesh South-East Asian J Trop Med Public Health 2004; 31(2):399-404
22. **Lee K, Kim EL, Lee S.** Amoebic liver abscess in HIV-infected patients. *AIDS* 2000; 14(12):1872-3
23. **Oudou Noya, Elie Claude Ndjitoyap Ndam, Vincent Ngoué.** Abcès amibien du foie à Yaoundé. *Cahier Santé* 1999; 9:119-22
24. **Liu CG, Hung CC, Chen MY.** Amoebic liver abscess and human immunodeficiency virus infection: A report of three cases. *J Clin Gastro-enterol* 2001; 33:64-8
25. **Myoungdon Oh, Kwanghyuck Lee, Eniseok Kim.** Amoebic liver abscess in HIV infected patients. *AIDS* 2000; 14(12):1872-3
26. **Pham Van L, Duong Manh H, Pham Nhu H.** Abcès amibien du foie: Ponction échoguidée. *Ann Chir* 1999; 50(4):340-3
27. **Ryszard Jankiewicz.** Clinical manifestations and ultrasonography guided aspiration of amoebic liver abscess in St Walburg's Hospital, Nyangao, Tanzania. *Trop DOCTOR* 2002; 32:92-3.
28. **Yilmaz Akgun, Ibrahim H Tacyildiz, and Yusuf Celick.** Amoebic liver abscess: Changing trends over 20 years. *World J Surg* 1999; 23:102-106



Fig. 1: image échographique abcès foie droit



Fig. 2: radio pulmonaire face, abcès foie montrant une ascension coupole diaphragmatique droite

Signes cliniques	%	Biologie	% Patients
Douleur hypocondre droit	75,5	Leucocytes > 10000	87,8
		Hémoglobine < 12g/dl	52,8
Déshydratation	49,1	ASAT > 38UI	64,1
		ALAT > 34UI	56,6
Amaigrissement	43,4	Ph Al > 100UI/L	96,2
		Bil Total > 3μmol/L	28,3
Ictère	17	Albumine < 37g/L	67,9
Toux	15	TP < 50%	64,1
		CRP > 6mg/L	77,3

Tableau 1 : signes clinico-biologiques retrouvés chez les malades.