

**Faculté de Médecine de Sétif**

**Service de Chirurgie Générale- CHU Sétif**

# **ABCES DU FOIE**

**Dr WH MESSAI**

## **Introduction :**

Les abcès hépatiques sont des affections rares et graves, dont l'incidence augmente ces dernières années.

L'agent pathogène est le plus souvent bactérien responsable d'abcès pyogène, rarement parasitaire ou fongique. L'origine est principalement biliaire ou portale.

La clinique n'est pas spécifique et le diagnostic repose sur l'imagerie et la ponction transcutanée.

Le traitement est basé sur une antibiothérapie prolongée associée à un drainage le plus souvent radiologique et le traitement de la porte d'entrée, ce qui a permis d'améliorer le pronostic.

## **Epidémiologie :**

L'incidence diffère d'une région à une autre néanmoins, elle est faible et semble augmenter ces dernières années passant de 13/100000 à 20/100000.

La fréquence causale est variable selon la région géographique, en Asie du Sud-Est et en Afrique l'origine Amibienne est la plus fréquente alors qu'en occident, 80% des abcès hépatiques sont bactériens.

L'âge moyen se situe entre 50 et 60ans avec une légère prédominance masculine (57%) qui tend à disparaître. Il existe des terrains à risque : le diabète, l'alcoolisme chronique et l'immunodépression.

Dans deux tiers des cas, l'abcès siège au niveau du foie droit et est bilatéral dans 20% des cas ; il peut être unique ou multiple allant de quelques mm à plusieurs cm.

## **Physiopathologie :**

La porte d'entrée est retrouvée dans deux tiers des cas, lorsque cette dernière n'est pas retrouvée on parle d'abcès cryptogénique. Plusieurs mécanismes sont incriminés :

### **1- les abcès d'origine biliaire :**

Est l'origine la plus fréquente : 30-70% sont souvent multiples et communiquent, en général, avec les voies biliaires d'où la présence de bile dans le liquide de ponction.

Ils sont secondaires à une obstruction biliaire et sont associés à une angiocholite  
L'obstacle biliaire peut être d'origine bénigne représentée essentiellement par la lithiase ou bien tumorale (Ampullome Votérien, cancer de la tête du pancréas, Cholangiocarcinome...), rarement une maladie primitive des voies biliaires (cholangite sclérosante, maladie de Caroli...).

L'abcès hépatique peut compliquer un geste thérapeutique chirurgical (par sténose ou reflux biliaire dans une anastomose biliodigestive) ou endoscopique (CPRE, obstruction de prothèse biliaire)... Il peut également être secondaire à une perforation intra hépatique d'une cholécystite purulente ou gangreneuse, c'est l'abcès par contiguïté.

## **2- les abcès d'origine portale :**

Représente 10-15% des abcès hépatiques, sont souvent poly microbien et localisés dans le foie droit (la branche portale droite étant dans l'alignement du flux portal).

Secondaire à un foyer infectieux abdominal qui va entraîner une bactériémie portale puis un abcès hépatique. Il y'a 40ans, la pyléphlébite causée par l'appendicite était la cause la plus fréquente, l'origine diverticulaire prédomine actuellement, les autres affections incriminées : MICI, perforation digestive, suppuration ano-rectale, salpingite, cancer digestif... Les abcès amibiens sont d'origine portale.

## **3- les abcès d'origine artérielle :**

Rare 1-3%, souvent uniques et monomicrobiens, succèdent à une bactériémie ou à une fongémie d'origine extra- digestive chez des sujets ayant plusieurs comorbidités.

## **4- les abcès liés à une surinfection de lésions préexistantes :**

Il peut s'agir de :

Surinfection d'une tumeur hépatique, en général, traitée par chimioembolisation ou radiofréquence.

Surinfection de kystes biliaires, en cas de polykystose hépatorénale, essentiellement chez un sujet dialysé.

Surinfection d'un bilome ou d'un hématome post-traumatique, le risque de surinfection est lié à la sévérité du traumatisme et au recours ou non à l'artério-embolisation.

L'extension d'une infection de voisinage réalisant les abcès par contiguïté : cholécystite gangreneuse, tumeur de l'angle colique droit surinfectée, ulcère perforé...

Plus rarement : surinfection de kyste hydatique, abcès consécutif à la migration de corps étrangers.

## **5- Abcès compliquant une chirurgie hépatique ou pancréatique :**

Ces abcès sont souvent secondaire a :

Une angiocholite en rapport à un reflux a travers l'anastomose biliodigestive rarement une sténose de cette dernier.

Une cholangite ischémique liée à l'artère hépatique.

## **Microbiologie :**

### **1- Abcès hépatiques bactériens :**

C'est les plus fréquent, les abcès compliquant une cholangite ou un sepsis intra abdominal sont le plus souvent poly microbiens associant des germes Gram négatif et des anaérobies contrairement aux abcès systémique qui sont monomicrobiens.

Les germes incriminés sont :

- BGN 40-60% : Enterobacteries( E.coli, K. pneumoniae), et pseudomonas aeroginoa.
- Bactéries anaérobies 35-45% : Bacteroides, Fusobacterium, Clostridium sp.
- Les cocci gram positif 10-20% : streptocoque sp, Staphylocoque sp, Enterococcus sp.

Depuis une vingtaine d'années, particulièrement en Asie du Sud-Est(Taiwan), des études ont révélé des souches hyper virulentes de Klebsielle pneumoniae (K1, K2) responsables de 50-90% des abcès hépatiques avec comme particularité des métastases septiques à l'origine d'endophtalmie et d'abcès cérébraux

## **2- Abcès hépatiques à croissance lente ou non cultivable :**

Si aucun germe pyogène n'est retrouvé, il faut rechercher des germe a croissance lente : Mycobacteries (M. tuberculosis dans le cadre d'une tuberculose disséminée), Nocardioses, Actinomycosis

Ces abcès surviennent sur des terrains particuliers immunodéprimés.

## **3- Abcès hépatiques amibiens :**

Le foie est la localisation extra-digestive la plus fréquente.

Sévit en Afrique sub-saharienne, en Amérique centrale, en Amérique de sud et en inde  
Touche surtout l'homme jeune entre 20-40 ans.

Les kystes d'Entamoeba histolytica histolytica sont ingérées (eau contaminée), les trophozoites forment des micro-abcès dans la muqueuse rectale puis se retrouvent dans le foie via le système porte où ils formeront un abcès unique.

## **4- Abcès hépatiques fongique :**

Surviennent sur un terrain immunodéprimé et il s'agit le plus souvent d'abcès mixtes  
Le Candida est le champignon le plus fréquemment incriminé.

## **5- Abcès hépatique aseptiques :**

Peuvent être uniques ou multiples, à contenu stérile, localisés à la rate et au foie.

Se manifestent par une fièvre, un amaigrissement, des douleurs abdominales et des manifestations cutanées (pseudo-folliculite, dermatose neutrophilique) associées à un syndrome inflammatoire biologique marqué.

Souvent associés aux MICI.

# Diagnostic positif :

## 1- Clinique :

### A- Signes fonctionnels

- Douleurs de l'hypochondre droit ou de l'épigastre augmentées par l'inspiration profonde, la toux et l'effort, irradiant à l'épaule droite en bretelle.
- Les nausées/ vomissement sont fréquents.
- Une diarrhée peut être présente dans 8-17% des cas
- Parfois, on retrouve des manifestations respiratoires : dyspnée, toux, douleurs thoracique, SDRA...

### B- Signes généraux

- Une altération de l'état général est constatée avec asthénie, anorexie et amaigrissement récent.
- Une fièvre à 39-39,5 est quasi constante avec frisson, associées à des sueurs nocturnes sur certains terrains, elle devra faire rechercher une tuberculose.
- Un Subictère ou un ictère est retrouvé dans 11-60% et fera évoquer une origine biliaire.

### C- Examen clinique

- Une hépatomégalie douloureuse avec douleur à l'ébranlement du foie est présente dans plus de la moitié des cas parfois remplacée par une masse de l'épigastre.

Rq : La clinique est peu spécifique et le tableau n'est complet que dans la moitié des cas. La fièvre est l'élément quasi constant et peu être la seule manifestation clinique, son évolutions par pic à 39° C orientera vers un abcès profond.

## 2- Biologie :

Les anomalies biologiques sont fréquentes mais peu spécifiques, reflètent un sepsis :

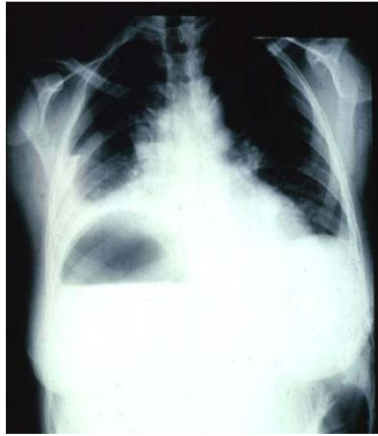
- Une hyperleucocytose à PNN
- Anémie de type inflammatoire
- Syndrome inflammatoire intense avec augmentation de la CRP, la VS, le fibrinogène, les gammaglobulines et une hypo albuminémie qui peut être accentuée par la dénutrition.
- Perturbation du bilan hépatique avec augmentation des phosphatases alcalines et des gamma-glutamyl transférase, une cytolysse portant essentiellement sur les ALAT.
- Une diminution du TP et de l'albuminémie avec une augmentation de la bilirubine est de mauvais pronostic.

## 3- Imagerie :

- Permet de :
- Faire le diagnostic positif.
  - Suivre l'évolution et rechercher une complication.
  - Orienter le diagnostic étiologique.
  - Evacuer l'abcès.

### A- radiologie sans préparation (TLT/ASP)

Dans 50% des cas, une ascension de la coupole diaphragmatique droite est retrouvée au TLT et dans 40% des cas, un épanchement pleural droit ou un infiltrat basal droit est objectivé. L'image hydro-aérique intra hépatique caractéristique est rarement retrouvée à l'ASP.



### B- Echographie abdominale :

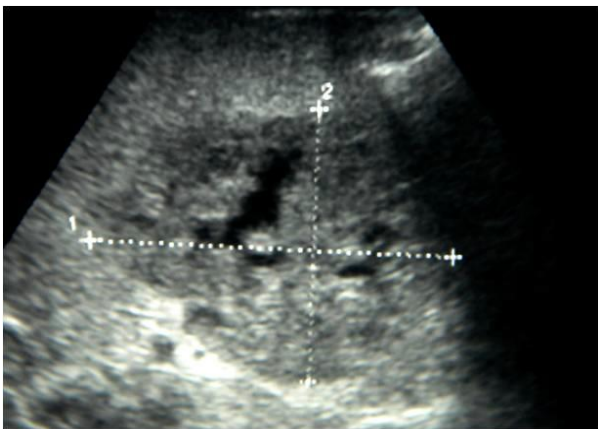
Examen de 1ère intention avec une sensibilité de 85-95%, les images sont variables selon le stade évolutif et sont peu spécifiques.

A la phase pré-suppurative : la lésion est hyperechogène à contours irréguliers pouvant mimer une lésion tumorale.

A la phase suppurative : la lésion est hypo ou anéchogène avec de fins échos flottants et mobiles (débris), parfois multi loculés (cloisons), contours arrondis à paroi nette ou avec une coque épaisse hétérogène : aspect en Cocarde.

L'étude en Doppler recherchera une thrombose de la veine porte ou des veines hépatiques associée.

L'échographie hépatique permet l'étude des voies biliaires pour orienter le diagnostic étiologique.



Phase pré-suppurative



Phase suppurative

### C- Le scanner abdominal :

Est l'examen de référence, permet le diagnostique dans 90% des cas, réalisé avec et sans injection de produit de contraste, les images varient selon le stade évolutif :

A la phase pré-suppurative : l'examen montre une lésion hypodense et hétérogène avec des contours irréguliers avec un rehaussement périphérique au temps artériel et un aspect en cible au temps portal.

A la phase suppurative : l'aspect en double cible est typique avec une lésion à centre hypodense avec un rehaussement périphérique et œdème péri-lésionnel hypodense du parenchyme hépatique.

Présence d'air au sein de l'abcès est caractéristique des bactéries anaérobies mais rare  
Le scanner permet le bilan étiologique, détecte les complications notamment les thromboses des veines portes et sus-hépatiques et permet l'évacuation de l'abcès.



Abcès multiples, hypo dense mal limité



Aspect en double cible



Abcès hypo dense du lobe gauche à contenu hydroaérique

### D- IRM :

N'apporte pas d'éléments supplémentaires, sera réaliser en cas de contre indication à la TDM  
En cas d'anomalie de l'arbre biliaire la cholangiographie par résonance magnétique est l'examen de référence.

## **4- Microbiologie :**

### **A- Hémocultures :**

Faites au pic fébrile ou lors des frissons, avant toute administration d'antibiotique  
Elles sont négatives dans 50% des cas.

### **B- Ponction de l'abcès hépatique :**

Echo ou scannoguidé, est l'examen de référence, permet d'identifier les germes dans 85% des cas.

Le prélèvement est fait sous l'antibiothérapie afin de limiter le risque de métastases septique.

## **Diagnostic étiologique :**

La recherche de la porte d'entrée repose essentiellement sur l'imagerie, pour les abcès d'origine biliaire, l'échographie et l'IRM constitue les examens de choix, le scanner abdomino-pelvien est réalisé à la recherche d'un foyer digestif responsable d'abcès d'origine portale et si aucune porte d'entrée n'est mise en évidence, l'exploration sera compléter par une coloscopie.

Dans les abcès hématogènes, la recherche de la porte d'entrée sera adaptée au type de germe isolée.

Si aucune origine de l'abcès hépatique n'est isolée, on parlera alors d'abcès cryptogénétique comme c'est le cas dans 20-30%des cas.

## **Diagnostic différentiel :**

### **1- Kyste hydatique du foie :**

Survient en zone d'endémie et dans un contexte clinique.

L'imagerie est caractéristique et la sérologie hydatique positive confirme le diagnostic.

Le kyste peut se surinfecter et prêter à confusion.

La ponction transcutanée est contre indiquée et le traitement est chirurgical.

### **2- Tumeurs hépatiques :**

Elles peuvent être primaires ou secondaires.

Les tumeurs hyper vascularisées ont un risque élevé de nécrose ; cette nécrose a une composante liquidienne à l'imagerie, s'accompagne souvent de fièvre et peut se surinfecter.

### **3- Pseudotumeur inflammatoire :**

Se présente comme une lésion unique, bien limitée, composée de cellules inflammatoires chroniques et de tissu fibreux.

A l'imagerie, elle peut simuler un abcès à la phase pré-suppurative ou à contenu épais

La ponction biopsique permet le diagnostic de certitude.



## **4- Abscès non pyogènes :**

### **A- Abscès amibien :**

Secondaire à une infestation digestive par *Entamoeba histolytica*, complique 4% des colites amibiennes.

Il existe un contexte clinique avec un séjour en zone d'endémie, le syndrome dysentérique passe souvent inaperçu.

Il réalise un abcès unique, souvent volumineux, du foie droit dont la ponction ramène du pus stérile de couleur chocolat.

### **B- Abscès parasitaires et fongiques :**

Surviennent sur un terrain immunodéprimé dans un contexte clinique.

Les abcès sont en général de petite taille et multiples, le diagnostic est fait à la ponction échoguidée.

### **C- Abscès aseptiques :**

Siègent essentiellement au niveau de la rate mais peuvent atteindre d'autres d'organes notamment le foie, l'atteinte ganglionnaire est fréquente. Ils surviennent dans un contexte inflammatoire particulier et sont souvent associés aux maladies inflammatoires de l'intestin.

## **Evolution/ complications :**

Les abcès hépatiques sont des infections graves, pouvant entraîner des complications locorégionales et générales :

- Thrombose plus ou moins extensive du système porte voire des veines sus-hépatiques.
- Rupture dans un organe de voisinage (fistulisation) ou en péritoine libre.
- Compression d'organe de voisinage.
- Sepsis sévère et choc septique.

En absence de prise en charge l'issue est fatale, grâce aux progrès de l'imagerie et du traitement, la mortalité a diminuée de 65% en 1970 à 14-20% dans les années 2000.

## **Traitement :**

Le traitement comprend la prise en charge de l'abcès lui-même basée sur l'antibiothérapie, le drainage et l'éradication de la porte d'entrée

### **1- Antibiothérapie :**

Elle est systématique, instaurée en urgence par voie parentérale, après les hémocultures et avant tout geste percutané

Elle est d'abord probabiliste à large spectre couvrant les : BGN, Streptocoques du genre entérocoques et les Anaérobies puis sera adaptée aux résultats des prélèvements. Il n'existe pas de protocole précis néanmoins, l'association la plus souvent prescrite est :

- **BETALACTAMINE** (pénicilline à large spectre ou céphalosporine de 3eme génération), si allergie : **FLUOROQUINOLONE**.
- **METRONIDAZOL**.
- +/- **AMINOSIDE** si état de choc.

L'antibiothérapie est administrée par voie parentérale pendant 1 à 2 semaines puis relayée par voie orale pendant 2 à 4 semaines voire 6 semaines.

Elle peut être suffisante pour des petits abcès de moins de 1,5cm avec une ponction à but diagnostic.

## **2- traitement percutané :**

Il a un double intérêt : identifier le germe et évacuer l'abcès. Doit toujours être tenté en premier, écho ou scannoguidé, on distingue :

### **A- La ponction- aspiration :**

Sans mise en place d'un drain, elle est efficace dans 31-98% des cas et peut être répétée. Elle est indiquée pour des abcès simple de moins de 5cm.



**Ponction scannoguidée**

### **B- Le drainage percutané :**

Plus efficace que la ponction aspirative, après évacuation de l'abcès, un drain est laissé en place et ne sera retiré dès qu'il ne ramènera plus après control radiologique de l'effondrement de la cavité.

Indiqué pour des abcès de plus de 5cm, ses limites sont les abcès difficiles d'accès (abcès du dôme hépatique ou profond) et multi cloisonnés.

Un drainage percutané peut se compliquer d'une rupture de l'abcès dans la cavité péritonéale, d'un hématome sous capsulaire ou d'une contamination pleurale secondaire.

Le drainage percutané est contre indiqué en cas de : pathologie abdominale nécessitant un traitement chirurgical d'urgence, abcès rompu et ascite.



**Drainage transcutané**



**Drainage transcutané scannoguidé, drain en place**

### **3- Traitement chirurgical :**

Le traitement chirurgical de l'abcès consiste en une mise à plat avec mise en place d'un drain, l'exérèse hépatique est exceptionnellement indiquée sauf en cas de volumineux ou multiples abcès détruisant tout un territoire hépatique.

Le traitement chirurgical n'est pas indiqué en première intention sauf en cas de contre indications, d'échec ou non disponibilité du traitement percutané.

### **4- traitement de la porte d'entrée :**

Le traitement sera en fonction de la cause.

Les abcès d'origine biliaire nécessiteront un drainage en urgence des voies biliaires soit radiologique transcutané, endoscopique ou chirurgical puis dans un second temps le traitement du facteur favorisant.

En cas de foyer infectieux intra abdominal, la cure chirurgicale s'impose sans délais.

### **Conclusion :**

Les abcès hépatiques sont des affections rare et grave, dont l'incidence est en augmentation, même si le pronostic s'est nettement amélioré notamment grâce au développement de l'imagerie, on note ces dernières décennies une augmentation de l'incidence des germes multi résistants et/ou hyper virulents.

L'association d'un traitement anti infectieux adéquat, le drainage de l'abcès et l'éradication de la porte d'entrée constitue le principe du traitement.

## POINTS A RETENIR

- Affection rare mais grave dont l'incidence est en augmentation.
- Certains terrains sont favorisants.
- Les abcès pyogènes sont les plus fréquents, les voies de dissémination biliaire et portale sont les plus fréquentes.
- Emergence de nouvelles souches multi-résistantes/ hyper virulentes.
- La clinique et la biologie ne sont pas spécifiques, le diagnostic est basé sur l'imagerie permettant une documentation microbiologique.
- L'examen de première intention et l'échographie et la TDM est l'examen de référence.
- L'imagerie a un intérêt dans : Diagnostic positif et étiologique.  
Diagnostic de gravité.  
Traitement.
- la prise en charge est multidisciplinaire.
- le traitement repose sur : Antibiothérapie.  
Drainage transcutané en 1<sup>ère</sup> intention sinon chirurgical.  
Traitement de la porte d'entrée.
- le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge et du terrain.