




ABCES DU FOIE

Dr W.H MESSAI


Service Chirurgie Générale

CHU SETIF

- 
- INTRODUCTION
 - EPIDEMIOLOGIE
 - PHYSIOPATHOLOGIE
 - DIAGNOSTIC POSITIF
 - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE
 - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
 - COMPLICATIONS/ Pc
 - TRAITEMENT



INTRODUCTION


- 
- Pathologie rare mais grave:
 - complications locorégionales
 - complications générales

 - Classés selon l'étiologie:
 - abcès **bactérien**
 - abcès parasitaire
 - abcès mycotique



- Abscès pyogène:

collection purulente résultant d'un processus infectieux bactérien détruisant le parenchyme hépatique

- 
- Le diagnostic est souvent difficile
 - Grace au progrès de l'imagerie la prise en charge a été améliorée



ÉPIDÉMIOLOGIE

Incidence/ Fréquence

- Rare : 1 cas/ 10000 hospitalisations
- Incidence en augmentation

Age / Sexe

- Age: 50-60 ans
- Prédominance masculine: tend à disparaître

Terrain/Facteurs de risque

- Diabète
- Corticothérapie
- Alcoolisme chronique
- Pathologie bilio-pancréatique
- Cancer
- Hospitalisation récente/ Chirurgie abdominale

Anapath

- Cavité **néoformée** contenant du pus et débris nécrotiques, due à la **destruction** du parenchyme hépatique induite par l'agent pathogène
- Sièges:
 - superficiel sous capsulaire ou profond intra parenchymateux
 - foie dt dans 2/3 cas
 - bilatéral 20%



- Nombre:


- Unique 50-87%

- Multiples

- Taille: mm - plusieurs cm



PHYSIOPATHOLOGIE



Dépassement du système réticulo- endothélial

Mode de contamination

■ BILIAIRE:

- 30-70%

- Secondaire à une **obstruction** biliaire, associée à une angiocholite

- Par contigüité avec un foyer infectieux ou ischémique des voies biliaires ou iatrogène



■ PORTALE:

- 15-20%

- Secondaire à une infection intrabdominale
 - » » » » drainage porte: translocation bactérienne

- Risque de pyléphlébite



- **SYSTEMIQUE OU ARTERIELLE:**

- 1-3%


- du à une bactériémie à partir d'un foyer extra digestif: Artère hépatique

- Souvent abcès unique



- **EXTENSION PAR CONTIGUITE :**

- A partir d'un foyer infectieux profond intra-abdominal au contacte du foie

- 
- **IATROGENE: 1-5%**
 - **POST-TRAUMATIQUE: 1-3%**
 - **CRYPTOGENETIQUE: 10-20%**

Germes en cause

- **BGN:** 40-60%

- E Coli, Klebsiella, Pseudomonas, Enterobacter, Serratia...

- Rarement: Proteus, salmonella...



- **ANAEROBIE: 35-45%**

- Bacteroide fragilis, Clostridia, Fusobacterium, Streptocoque, Actinomycète...



- **AEROBIE GRAM POSITIF: 10-20%**

- Staphylocoque aureus,
Streptocoque A,D...



- **POLYMICROBISME: 20-60%**

- **GERMES PARTICULIERS: 1%**

- BK, Brucella, Yersinia, Pasteurella



**DIAGNOSTIC
POSITIF**



CLINIQUE

Signes généraux

- **Fièvre quasi constante:**

- A 39°- 39,5° avec des frisson

- En plateau à 38-39° avec sueurs nocturnes sur certains terrains ou bien cas de TBK

- **AEG:**

- anorexie, asthénie, perte de poids récente

Signes fonctionnels

- Douleurs de HCD, de l'épigastre:

- 50%

- Augmentées par l'inspiration profonde, la toux et l'effort

- Irradiant vers l'épaule droite en « bretelle »



- **Troubles digestifs:**

- Nausées/Vomissements : fréquents
- Troubles du transit

- **Signes respiratoires:**

- dyspnée, toux sèche, douleur thoracique, SDRA...

Examen Clinique

- DL de HCD majorée à l'ébranlement du foie
- HPM douloureuse à l'ébranlement: 50%
- Masse de l'HCD ou l'épigastre remplace HPM



- Ictère: 20-50% » » » origine biliaire

- Tableau de pleuropneumopathie dt ou syndrome pleural dt



- Rarement :

- Tableau de choc septique

- SDRA

- Ascite » » » Kc

TABLEAU COMPLET 50%

**FIEVRE + AEG + ICTERE
DL DE HCD + HPM DL**




BIOLOGIE


Anomalies fréquentes mais **non spécifiques**



- Syndrome inflammatoire intense:

avec élévation de la CRP, de la VS, des gammaglobuline et une hypoalbuminémie

- 
- Hyperleucocytose à PNN
 - Anémie de type inflammatoire

- 
- Augmentation des phosphatases alcalines(2/3 cas) et de la bilirubine (20-70%)
 - Augmentation des transaminases (ALAT)
 - Diminution du TP, hypoALB, augmentation de la bilirubine = mauvais pc

ABCES HEPATIQUE



fièvre+ au moins 2 anomalies biologiques:

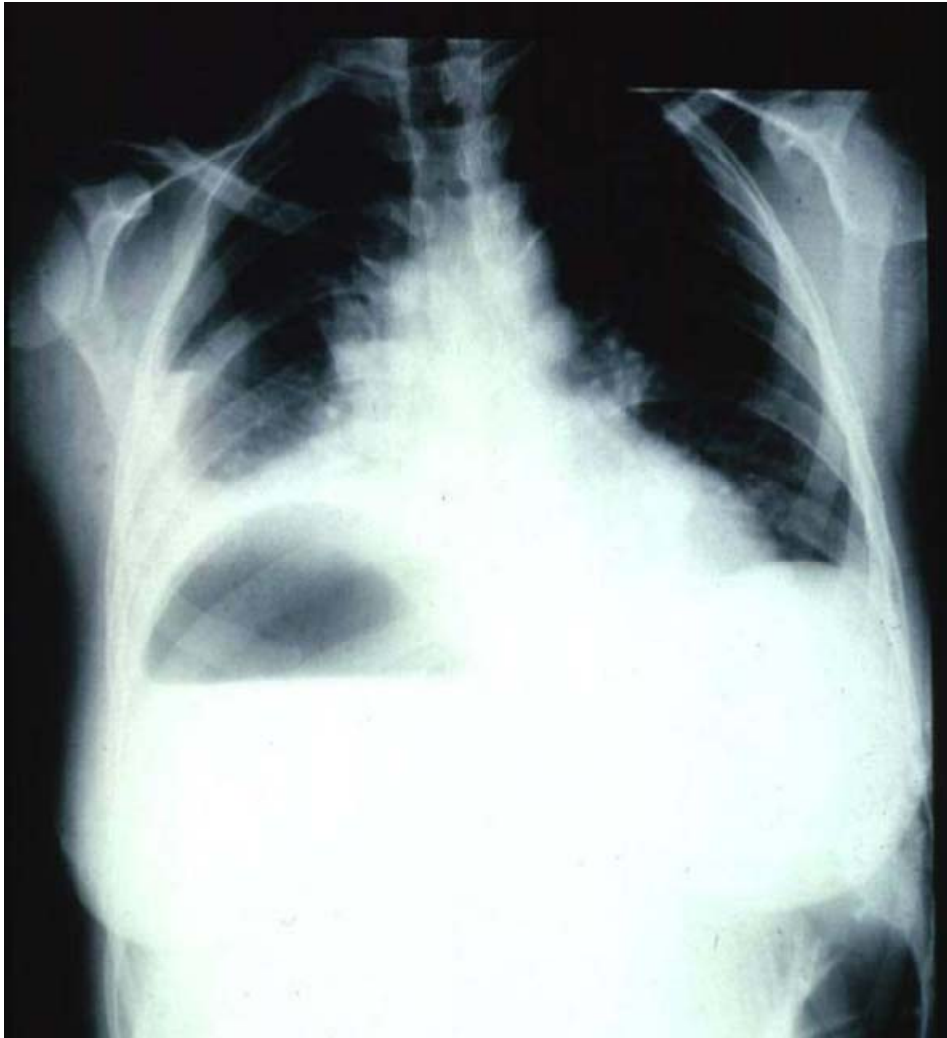
:

hyperleucocytose à PNN, hyper bilirubinémie, augmentation des PHT

IMAGERIE

■ TLT/ ASP:

- NI dans 25 à 60% des cas
- Ascension de la coupole diaphragmatique dte
- Anomalies de la base pulmonaire dte
- Image **hydroaérique** dte: typique mais rare





■ ECHOGRAPHIE ABDOMINALE:

- Examen de 1^{ère} intention, sensibilité 85-95%

- Images variables selon le stade évolutif et peu spécifiques, unique ou multiple

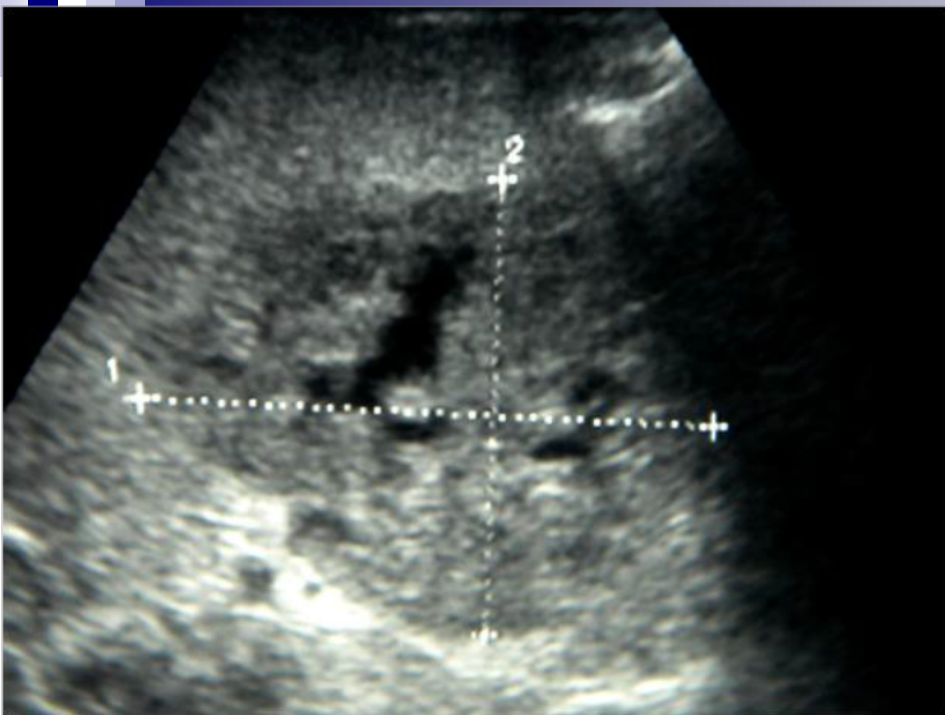



- 1- Phase pré-suppurative:

- lésion **hétérogène** à contours irréguliers

- 2- phase suppurative:

- lésion **hypo ou anéchogène** avec des fins échos flottants et mobiles (débris), parfois multi loculés (cloisons), contours arrondi à paroi nette ou avec une **coque** épaisse hétérogène: aspect **en cocarde**



- 
- Intérêt dans le dg étiologique
 - Intérêt TRT
 - Permet le suivi des lésions


■ TDM +++:

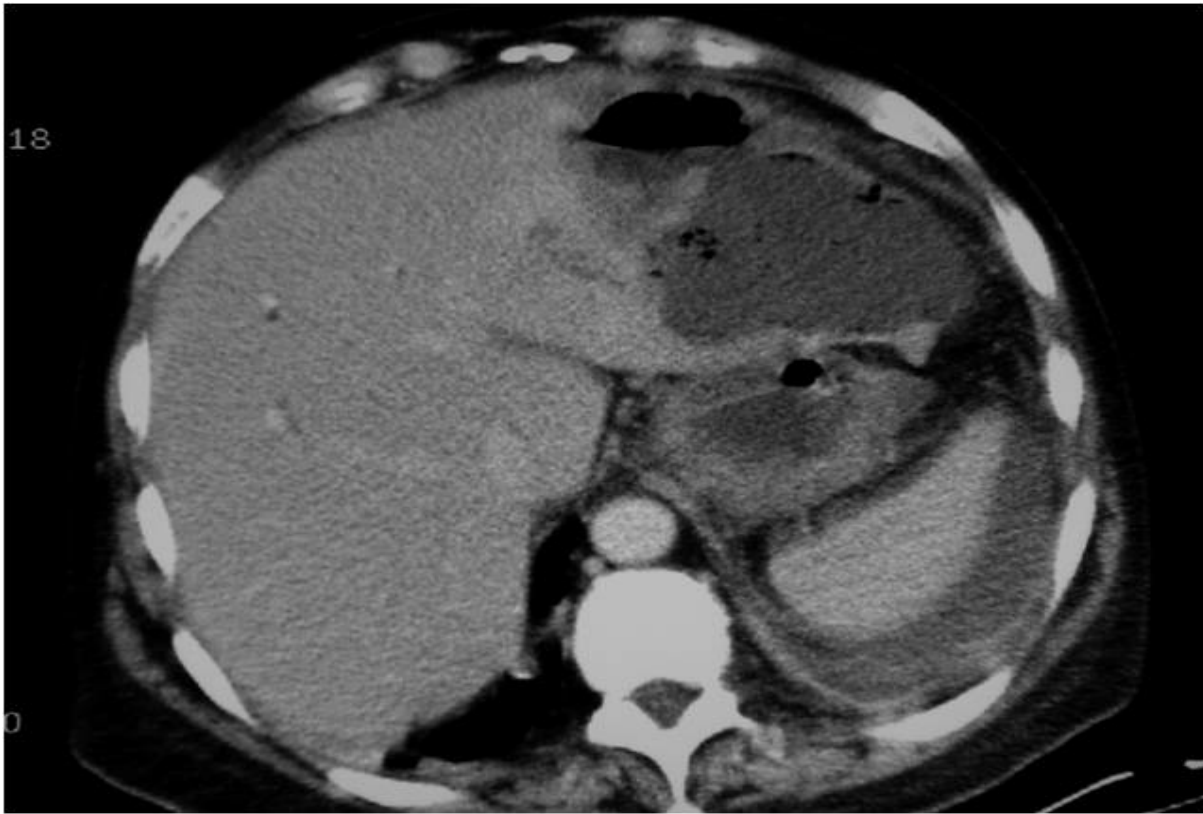
- **Sans injection** de PC: masse hypo dense, avasculaire au stade présuppuratif puis hétérogène multi cloisonnée svt mal limitée

- **Après injection** de PC: fin rehaussement périphérique » » » aspect en **CIBLE** ou **DOUBLE CIBLE**





- 
- **Présence d'air**: caractéristique mais rare
 - Recherche: * l'étiologie
 - * complications locorégionales
 - Intérêt TRT

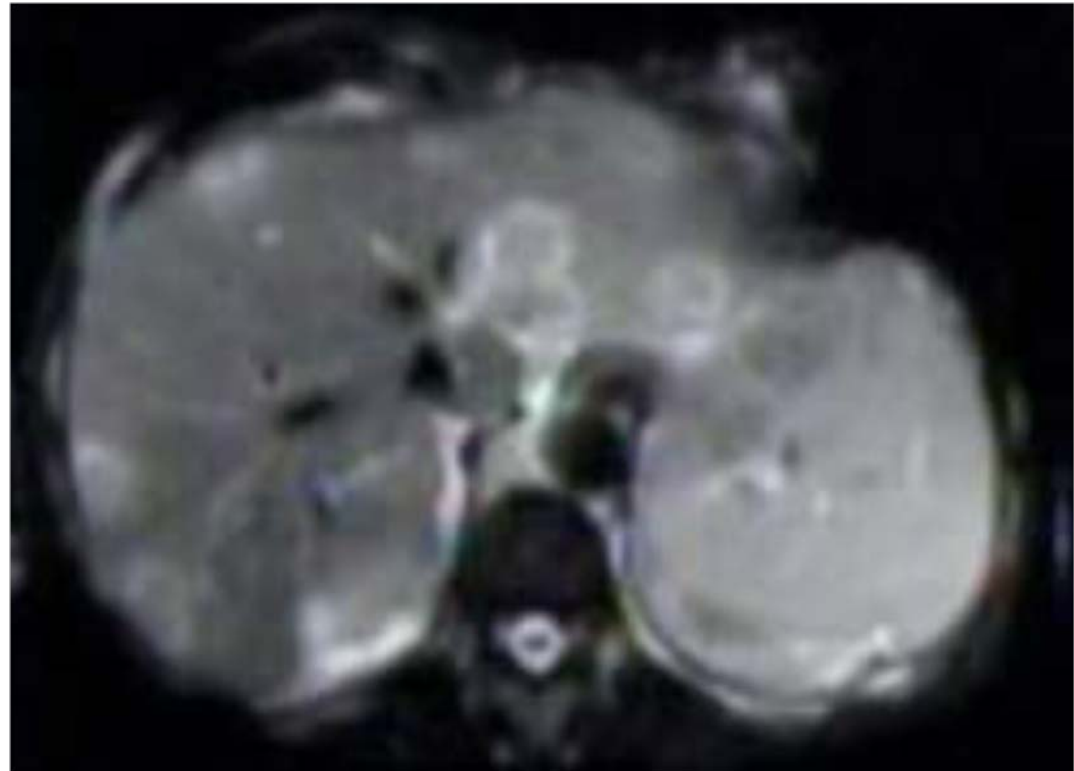
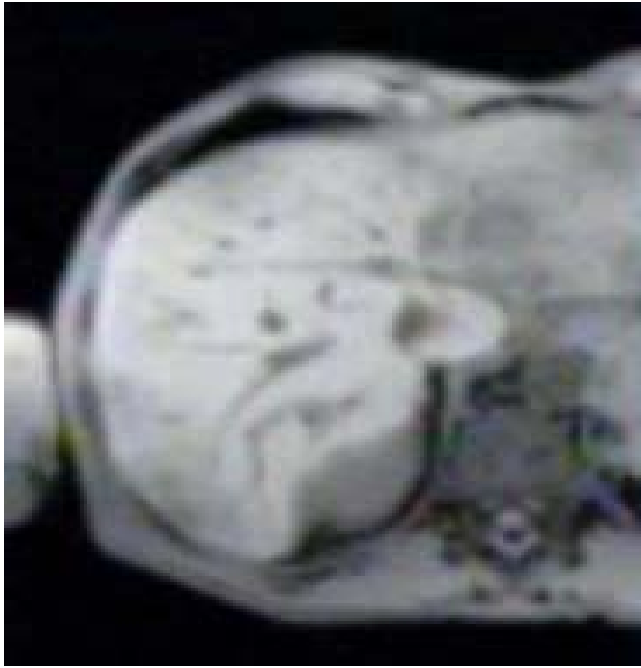




- **IRM:**

- pas d'éléments supplémentaires » » »
si CI à la TDM

- hypo signal en T1 et hyper signal en
T2



BACTERIOLOGIE


- HC
- Pyo culture après pontions echo ou scannoguidee

Identifier le germe
Guider l'antibiothérapie



- Germes en cause:

- Bactérie aérobie à Gram négatif 40-60%
- Bactérie anaérobie 35-45%
- Bactérie aérobie Gram positif 10-20%

- 
- Abscès mono microbien » » » infection d'origine hématologique
 - Abscès pluri microbien » » » cause locale digestive ou par inoculation



DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

ABCES D'ORIGINE BILIAIRE

■ Causes bénignes:

- lithiase biliaire, anastomose bilio-digestive, cathétérisme biliaire endoscopique ou percutané



- **Causes malignes:**

- Kc des voies biliaires, tête du pancréas, ampullome vaterien

ABCES D'ORIGINE PORTE

■ Causes bénignes:

- diverticulite, appendicite, suppuration anorectale, perforation digestive, suppuration postopératoire, abcès pancréatiques, salpingite, MICI



- **Causes malignes:**

- Kc colique, Kc gastrique

ABCES PAR CONTIGUITE

- Abscès sous phrénique, sous hépatique, cholécystite aigue

ABCES D'ORIGINE ARTERIELLE

- surviennent sur des terrains immunodéprimés
- Endocardite, infection pulmonaire, urinaire, ostéoarticulaire, ORL ou stomatologique

ABCES IATROGENE/ TRAUMATIQUE

- traumatisme ouvert ou fermé du foie
- chimioembolisation, radiofréquence:
TRT de certaines Tm hépatique



ABCES CRYPTOGENETIQUE



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

■ **Abcès amibien:**

- séjours en zone d'endémie
- Amibiase intestinale: dl abd, diarrhée glairo-sanglante, ténésmes et faux besoins
- Foie dl, augmenté de taille avec fièvre
- abcès unique
- sérologie positive
- Recherche d'amibes dans les selles et le liquide de ponction (couleur brun chocolat), tissus hépatiques
- Test thérapeutique aux Imidazolé



■ KHF:

- zone d'endémie, contexte
- sérologie hydatique positive
- aspect échographique évocateur
- possibilité de surinfection
- ponction est contre indiquée
- TRT chirurgical



■ Autres abcès parasitaires et fongiques:

- Terrain **immunodéprimé**
- Contexte clinique +++
- Abcès de petite taille et multiples
- Ponction écho guidée » » » Dc

■ Kyste biliaire:

- Fréquent, en général **asymptomatique**
- Formation anéchogène avec renforcement postérieur à l'échographie
- Pas de TRT
- exceptionnellement se complique de surinfection



- **Tumeurs du foie:**

- se compliquent de nécrose et parfois de surinfection

- **Abcès aseptique**

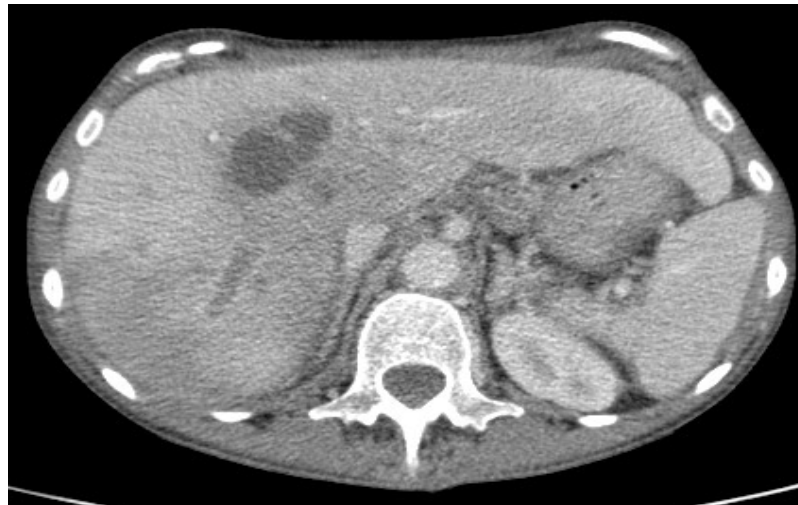


COMPLICATIONS/ PC



- **Complications locorégionales:**

- Fistulisation / Rupture: péritoine, structure de voisinage
- Compression
- Thrombose: système porte, VSH





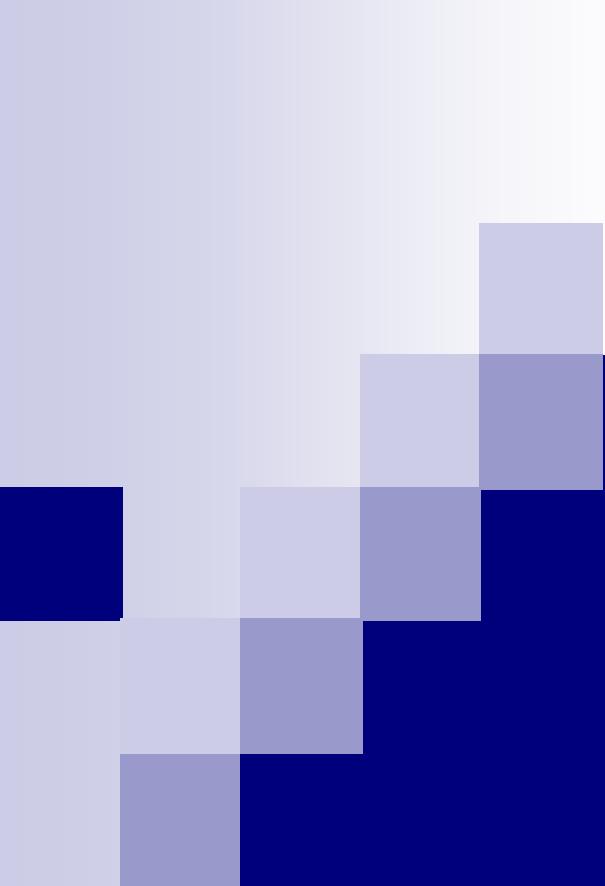
- **Complications générales:**

- sépsis sévère, choc septique



- Mortalité:

- < 20% après PEC
- 100% en absence de TRT



TRAITEMENT



■ Repose:

1. ANTIBIOTHERAPIE

2. EVACUATION DE L'ABCES+/-
DRAINAGE


3. TRT DE LA CAUSE

Antibiothérapie

- En urgence après les prélèvements
- À large spectre, probabiliste puis ciblée avec une bonne diffusion hépatique
- Par voie parentérale pendant 1-2 semaines puis relais per os pendant 4-6 semaines

- De 1ère intention:

**BETALACTAMINE (C 3G)
IMIDAZOLE
+/- AMINOSIDE**

- 
- Si allergie: Fluoroquinolones
 - Peut être suffisante pour les abcès < 1,5cm avec une ponction à but **diagnostic**

TRT percutané

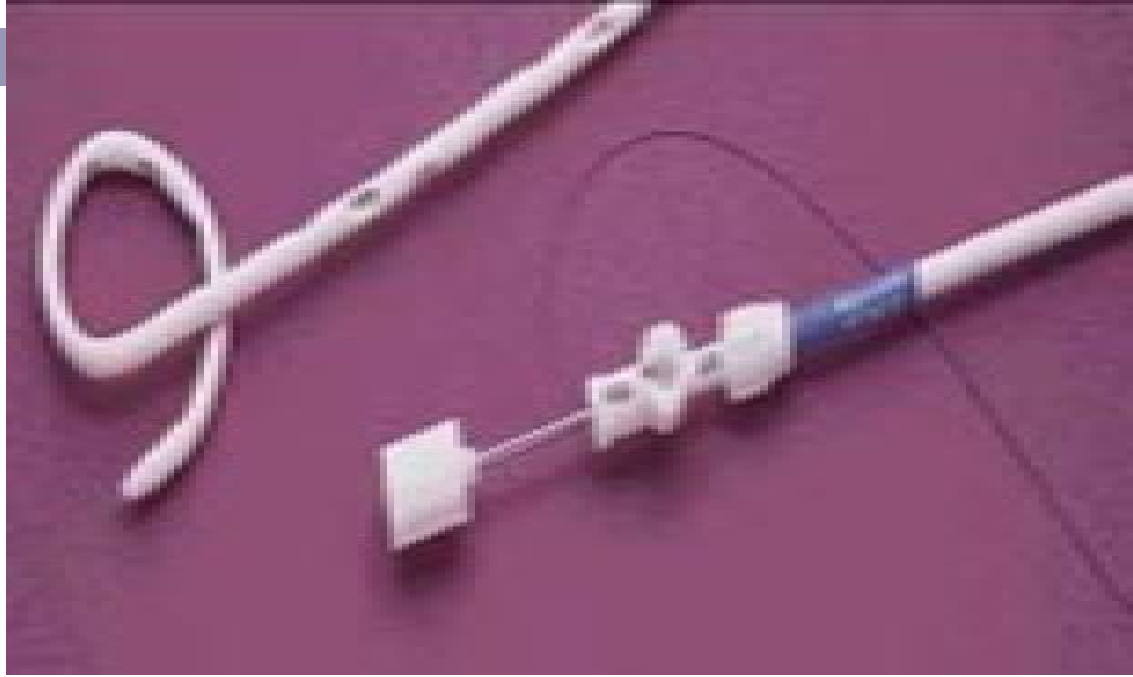
- De 1^{ère} intention
- Écho ou Scannoguidé

■ PONCTION-ASPIRATION:

- succès 85-100%
- peut être **répétée**, échec après 3 ponctions
- abcès simple **< 5cm**

■ DRAINAGE PERCUTANE:

- Plus efficace
- Abscès de **plus de 5cm**, multi lobulé
- Drain en place jusqu'a évacuation complète de la collection




TRT chirurgical

- Gestes:

- Mise à plat et drainage chirurgical

- exérèse: exceptionnelle

- volumineux abcès avec destruction
d'un segment hépatique

- 
- Rarement en 1^{ère} intention:
 1. Echech du TRT percutané ou non disponible
 2. TRT chirurgical de la cause en urgence
 3. Abscès inaccessibles, compliqués, multiples, de grandes taille

CONCLUSION

- Affection **rare** mais **grave**
- L'imagerie a amélioré la prise en charge
- **TDM** a un intérêt:
 1. Dc positif et étiologique
 2. Dc de gravité
 3. Thérapeutique

- La prise en charge est **multidisciplinaire**

- TRT repose sur:
 1. **ATB**
 2. **DRAINAGE**

- Le Pc dépend de la **rapidité** de la prise en charge et du terrain