

L'ABCES SOUS PHRENIQUE (ASP)

I-DEFINITION ET GENERALITES :

C'est une collection abcédée inter hépato-diaphragmatique mais le terme d'abcès sous phrénique (ASP) s'applique en fait à toutes **les collections suppurées de l'étage sus-méso colique de l'abdomen limité entre le diaphragme en haut et le méso colon transverse en bas**. Complication plus ou moins fréquente le plus souvent de la chirurgie abdominale et où la démarche diagnostique et étiologique est complexe.

II-ANATOMIE :

-La cavité péritonéale est divisée en différentes loges par les organes qu'elle referme.

-la région sous-phrénique est comprise entre le diaphragme en haut, le méso colon et le colon transverse en bas. Elle est divisée par le foie en deux parties :

*un espace **sus hépatique** ou sous diaphragmatique

*un espace **sous hépatique**.

A droite du rachis, le ligament falciforme vertical suspend le foie sous le diaphragme et sépare l'espace sus hépatique en un **espace sous diaphragmatique droit** et **gauche**.

Cette disposition anatomique, associée à la dynamique des fluides intra péritonéaux rendent compte des sièges de prédilection des collections septiques intra péritonéales.

III-PHYSIO- PATHOLOGIE :

a/La diffusion du liquide péritonéal est influencée par plusieurs facteurs :

* Siège initial du processus infectieux.

*Virulence des germes incriminés

*volume du liquide formé

- *compartimentation péritonéale.
- *position du patient.
- *état immunitaire.
- *présence de gradient de pression intra-abdominal.

---Lors de l'irruption d'un liquide septique dans l'abdomen, le péritoine réagit et tend de localiser l'infection.

---La pression négative dans les espaces sous-phréniques associées aux mouvements diaphragmatiques lors de la respiration tend à aspirer les liquides filtrant dans la cavité péritonéale vers cet espace.

---Le développement d'adhérences péritonéales contribue au cloisonnement de l'abcès, les parois de la collection seront formées par les viscères et le péritoine.(péritonite localisée). Le contenu de cette poche est purulent, parfois mêlé à de la bile, de sang ou des débris alimentaires. Dans un 1/3 des cas ce pus est mêlé à des gazs (digestifs ou bactériens).

b/le retentissement de l'ASP sur l'état général s'explique :

- *par la résorption massive de produits toxiques par la séreuse péritonéale et leur passage dans la grande circulation avec septicémie au stade ultime.
- *par l'irritation des plexus nerveux dans ces régions qui va entrainer toute une série de troubles reflexes, notamment un iléus intestinal entrainant des troubles hydro-électrolytiques.
- *l'atteinte pleuro-pulmonaire peut s'expliquer par voie vasculaire par l'intermédiaire des puits lymphatiques de RANVIER ou par simple rupture dans la plèvre à travers le diaphragme

IV-ANATOMIE-PATHOLOGIQUE :

1-forme topographique :

a-**ASP droit** : 50 à 75 %

inter hépato-diaphragmatique postéro supérieur
sous hépatique

b-**ASP gauche** : 30 à 40 %

siège entre la rate et la postéro-externe du diaphragme ou entre l'estomac et la rate.

c-**ASP médians** rares entre le ligament coronaire à droite et la grosse tubérosité.

d-**Abcès de l'arrière cavité des épiploons** rares après chirurgie pancréatique ou gastrique.

e-**ASP bilatéraux** 1,5 à 2 %.

2-germes en cause : sont variables

Staphylocoque, streptocoque, colibacille, anaérobies (bactéroïdes fragilis), pyocyanique, GRAM négatifs.....

V-ETIOPATHOGENIE :

Trois groupes peuvent être distingués :

1-les ASP SPONTANES (abcès médicaux)

a-relèvent soit d'une lésion viscérale :

.perforation (UGD, sigmoïdite)

.propagation directe :appendicite

.infection de voisinage :abcès du foie, rate, cholécystite.

b-soit d'une cause générale : tuberculose ,septicémie .

2-les ASP TRAUMATIQUES : succédant

- soit à une plaie de l'abdomen(rare) ou à une contusion abdominale.

– soit à une exploration para clinique (ponction abdominale, TCTH).

3-les ASP POST-OPERATOIRES :sont les plus fréquents et les plus graves, représentent 90 % des ASP et de 0.5 à 2 % de l'ensemble des interventions chirurgicales.

Leur survenue peut répondre à divers facteurs :

-la nature de l'intervention et sa réalisation.

–le type de la lésion (cholécystite suppurée, cancer colique infecté, m.de crohn fistulisée.....)

-le terrain : dénutri, âgé, diabétique, grand obèse.....

–l'augmentation de la durée de l'intervention.

–le type d'intervention surtout les anastomoses digestives.

–corps étranger oublié :compresse, drain

L'ASP gauche peut faire suite à une splénectomie, gastrectomie ou pancréatectomie

L'ASP droit est secondaire à une chirurgie des voies biliaires, le foie, la tête du pancréas, l'estomac.

L'ASP médian fait suite à la chirurgie de l'œsophage abdominale, au foie gauche et à l'estomac.

VI –DIAGNOSTIC CLINIQUE :

Le type de description ASP post- opératoire

-Syndrome infectieux post- opératoire :

.température sup à 38.5 C° oscillante avec frissons et tachycardie.
.altération de l'état général.
.facies terreux.

–**Vomissements, hoquets.**

–**Troubles psychiques à type de confusion.**

–**Des signes Thoraciques :**

.dyspnée d'effort.
.douleur à l'ébranlement du rebord costal.
.douleur spontanée à l'inspiration profonde irradiant à l'épaule droite.
.épanchement pleural cliniquement décelable.

–**Des signes Abdominaux :**

.douleurs spontanées sous costales ou à la palpation.
.Vomissements, nausées.
.Iléus prolongé ou arrêt secondaire d'un transit qui avait repris.

Devant un tel tableau clinique chez un opéré récent le diagnostic d'ASP est à évoquer de 1ère intention.

Malheureusement, le début peut être insidieux fait de :

.Fièvre à 38- 39 C° .
.Douleurs abdominales.
.Reprise du transit douloureux .

Dans ce cas le compte rendu opératoire est d'une aide précieuse :

–le caractère septique et la nature de l'intervention.
–toilette péritonéale non satisfaisante .
–suture de qualité douteuse.
–exérèses partielles ou incomplètes de séquestrations et nécroses.
–des grands décollements péritonéaux hémorragiques.

VII-EXAMENS PARACLINIQUES

1-**BIOLOGIE** :

–**FNS** : hyperleucocytose à polynucléaires, thrombopénie.
–**VS** accélérée, CRP positive.
–**Urée sanguine** augmentée, **Acidose métabolique.**
–**Hémocultures** positives.

2-EXPLORATIONS MORPHOLOGIQUES : (radiographie)

a-Radio du thorax face en inspiration profonde :

- épanchement pleural.
- Surélévation d'une coupole diaphragmatique.

b- ASP : abdomen sans préparation

- opacité homogène déplaçant une structure contiguë
- image hydro-aérique ou de bulle unique

c- Opacification digestive aux hydrosolubles à la recherche d'une fuite ou d'une fistule.

d- Echographie abdominale :

- image de collection + ou – circonscrite sous-diaphragmatique hypo-échogène avec renforcement postérieur
- image de niveau hydro-aérique .

L'échographie peut apprécier la topographie de la collection, ses dimensions, sa nature liquide ou solide (drain, corps étranger.....) mais il présente des limites en cas d'iléus intestinal, d'obésité.....

e-TDM abdominale : +++

les critères diagnostiques d'abcès sont :

- une masse hypo dense de densité 0 à 25 UH.
- Densité aérique.
- prise de contraste périphérique en couronne.

f- scintigraphie aux leucocytes marqués à l'indium 111.

g-IRM est un puissant outil diagnostique avec une spécificité à 100 %.

Lésion en hypo signal homogène en T1 hyper signal en T2.

h-une ponction aspiration à l'aiguille de pus affirme le diagnostic d'abcès, une coloration de GRAM, un examen direct et une mise en culture permettent dans 60 % des cas l'identification des germes.

VIII-FORMES CLINIQUES :

1-Formes étiologiques :

a-ASP spontané : notion UGD, perforé traité, antécédents biliaires ,crise d'appendicite négligée.

b-ASP traumatique : antécédents de traumatisme abdomino-thoracique, investigations endoscopiques ou transcutanées.

2-Formes topographiques :

a-ASP gauche.

b-ASP droit.

c-ASP médians : arrière cavité des épiploons.

3- Formes évolutives :

-pleurésie réactionnelle

-hémorragie gastroduodénale

-fistule bronchique avec vomique

-péritonite généralisée

-septicémie avec localisation secondaire septiques

-défaillance poly viscérale (rénale, respiratoire.....)

4-Formes symptomatiques :

-symptomatologie respiratoire prédominante

-symptomatologie abdominale

-symptomatologie infectieuse (choc infectieux)

IX-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

.Devant la clinique :

-hyperthermies après splénectomie

-épanchement pleural droit secondaire à un traumatisme hépatique.

-dans les formes spontanées éliminer une cause médicale de fièvre : typhoïde, paludisme, brucellose.

-pathologie pleuro pulmonaire : abcès du poumon, pleurésie purulente primitive.

.Devant la radiologie d'une collection :

-hématome, kyste, urinome, lymphocèle, bilome, serome.

-ascite cloisonnée

-pseudo kyste du pancréas.

X-TRAITEMENT :

DOGME : l'abcès doit être évacué

1-traitement médical : préparation médicale

rééquilibration hydro électrolytique.

Transfusions sanguines.

Antibiothérapie générale.

2-Drainage percutané échoguidé ou scannoguidé :

Est un traitement de première intention dans les collections abdomino-pelviennes.

La voie d'abord ne devra pas comporter de risque de contamination abdominale, d'effraction ou d'ensemencement de la plèvre et de lésion des viscères de voisinage.

Technique:* **ponction.**

***aspiration douce** de la collection par un cathéter de gros calibre (12 à 14G).

* **Lavages répétés** avec du sérum physiologique.

L'absence d'amélioration clinique, biologique et/ou radiologique dans les 48 heures signe un échec du drainage.

3- chirurgie : son but est le drainage large de la collection purulente.

* Abord chirurgical sous costal.

* Protection du champ opératoire.

*Prélèvement de pus pour antibiogramme.

* Aspiration de l'abcès par un gros drain avec lavage de la cavité.

*Drainage.

Ensuite traiter la cause chirurgicale à l'origine de l'abcès.

XI-CONCLUSION :

L'ASP est une complication grave de la chirurgie abdominale.

Le meilleur traitement réside dans **la prévention** qui comprend :

-une asepsie rigoureuse.

-une hémostase soigneuse.

-des sutures digestives correctes.

-une bonne toilette péritonéale.

-des drainages multiples.

-un isolement du foyer opératoire au cours de l'intervention.

