

ARTICLE ORIGINAL

ABCES AMIBIENS DU FOIE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS AUX CHU DE LOME

AMOEBIC ABSCESS OF LIVER: EPIDEMIOLOGICS, DIAGNOSTICS, THERAPEUTICS AND EVOLUTIVE ASPECTS IN TEACHING HOSPITALS IN LOME

DM SAMBIANI, ED DOSSEH, I KASSENE, EK DZISSAH, EA AYITE

Service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sylvanus Olympio de Lomé-Togo

RÉSUMÉ

Objectif: Analyser les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des abcès amibiens du foie (AAF) dans les 2 CHU de Lomé.

Matériel Et Methodes: Etude descriptive rétrospective menée sur dix ans (janvier 1999 à décembre 2009), portant sur les cas d'AAF hospitalisés dans les services de chirurgie viscérale B du CHU-Tokoin et d'hépatogastro-entérologie du CHU-Campus de Lomé.

Resultats: Quatorze cas d'AAF avaient été colligés en 10 ans, avec une sex-ratio de 6. L'âge moyen des patients était de 43,78 ans (extrêmes 25 et 83 ans). La douleur abdominale était le principal motif de consultation. La forme typique caractérisée par la triade de FONTAN était retrouvée dans 6 cas. L'échographie hépatique, examen clé du diagnostic, avait permis d'évoquer ce dernier dans tous les cas. Le traitement a constitué principalement en une bi antibiothérapie. Le recours à la chirurgie s'est fait dans 4 cas.

Conclusion: L'amibiase vient en bonne place dans la mortalité secondaire aux parasitoses à l'échelle mondiale. Sa prévention passe par la lutte contre le péril fécal et la transmission des maladies féco-orales.

Mots clés: amibiase hépatique, abcès, chirurgie

SUMMARY

Aims: to analyze epidemiologic, diagnostic, therapeutic and evolutive aspects of hepatic amoebiasis in our teaching hospitals in Lomé.

Patients and Methods: Retrospectively review from January 1999 to December 2009, based on amoebic abscess of liver managed in surgical department B of the teaching hospital of Tokoin and the gastro-enterology department of the teaching hospital of Campus in Lomé.

Results: In ten years, fourteen cases of hepatic amoebiasis were discovered with a sex-ratio of 6. The mean age was 43.78 years [25 – 83]. Abdominal pain was the main symptom. The diagnosis was essentially suspected on ultrasonography. The treatment associated double antibiotic therapy. Four cases were operated on.

Conclusion: worldwide, amoebiasis is at a high step among parasitic diseases. Its prevention needs to improve hygienic procedure.

Keys words: hepatic amoebiasis, abscess, surgery.

Tirés à part:

Dr SAMBIANI Damigou Mawuli Service de chirurgie général du CHU Sylvanus Olympio de Lomé
Tel: 90285958/ 99027564 E-mail: juliano006@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'amibiase touche 480 millions d'individus dans le monde. Dix pourcent des sujets parasités présentent la forme invasive intestinale ou extra intestinale, laquelle est responsable de 40.000 à 110.000 décès annuels [1, 2]. C'est une affection qui prédomine dans les zones intertropicales caractérisées par une hygiène environnementale fécale et alimentaire précaire [3, 4]. Son diagnostic a été facilité par l'apport de l'échographie et son traitement, révolutionné par l'efficacité des dérivés 5 nitro imidazolé [1,3,5] et par la radiographie interventionnelle [6, 7]. Les objectifs de ce travail étaient de relever les aspects épidémiologiques, d'apprécier les moyens diagnostiques et d'évaluer les aspects thérapeutiques et évolutifs des abcès amibiens du foie (AAF) aux CHU de Lomé.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective menée sur dix ans (janvier 1999 à décembre 2009) portant sur les cas d'AAF hospitalisés dans les services de chirurgie viscérale B du CHU-Tokoin et d'hépatogastro entérologie du CHU- Campus de Lomé. Nous avons inclus dans notre étude, les dossiers des patients adultes, des deux sexes hospitalisés au cours de la période d'étude, chez qui le diagnostic d'AAF avait été posé sur la base d'arguments cliniques et échographiques. Le traitement des données était manuel.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Quatorze cas d'AAF ont été colligés en 10 ans, ce qui correspond à une fréquence moyenne annuelle de 1,4 cas. La sex-ratio était de 6. L'âge moyen des patients était de 43,78 ans (extrêmes 25 et 83 ans). Le pic de fréquence se situait dans la tranche d'âge de 20-39 ans. Aucun dossier ne précisait l'existence de source d'eau potable et de latrines dans les lieux d'habitation des patients.

Données cliniques

Le délai moyen entre le début des symptômes et l'hospitalisation était de 17,25 jours (extrêmes de 6 et 35 jours). Les douleurs abdominales étaient le principal motif de consultation (14 cas), suivi de l'altération de l'état général (12cas), de la fièvre (8 cas) et l'ictère (8 cas). Un patient pouvait présenter un ou plusieurs motifs de consultation. Les antécédents pathologiques d'amibiase intestinale avaient été retrouvés dans 4 cas.

Les signes généraux et physiques sont résumés respectivement dans les tableaux I et II.

Tableau I: Répartition des patients selon les signes généraux

	N
Fièvre	8
Pâleur	5
Asthénie	12
Anorexie	12
Maigrissement	3
Ictère	8

Un patient pouvait présenter un ou plusieurs signes généraux. Six patients n'avaient ni fièvre, ni ictère et dans 2 cas il n'y avait pas d'AEG.

Tableau II: Répartition des patients selon les signes physiques

	N
Hépatomégalie sensible et surface irrégulière	12
Défense abdominale	2
Sensibilité épigastrique	2
Distension abdominale	1
Lésions de prurigo	2
Polypnée superficielle	1
Lésions de desquamation des deux jambes	1
Souffle systolique apexien	1
Diminution du murmure vésiculaire à droite	1

Un patient pouvait présenter un ou plusieurs signes physiques.

La forme typique caractérisée par la triade de FONTAN était retrouvée dans 6 cas. Les autres formes cliniques se singularisaient par l'absence d'un signe de la triade de FONTAN, ou par l'adjonction d'un signe inhabituel.

Tableau III: Répartition des patients selon les formes cliniques

	N
Forme typique	6
Forme ictérique	8
Forme apyrétique	6
Forme digestive :	3
Sensibilité épigastrique et hépatomégalie	2
Douleurs abdominales diffuses et hépatomégalie	1
Forme avec défense abdominale	2

Données paracliniques

L'échographie hépatique : réalisée chez tous nos patients elle a permis d'évoquer le diagnostic dans tous les cas.

La numération formule sanguine a montré une hyperleucocytose avec prédominance de polynucléaires neutrophiles chez 9 patients.

La vitesse de sédimentation était accélérée pour 11 de nos patients.

L'examen cytot bactériologique du pus était négatif dans tous les cas de même que l'examen parasitologique du pus.

La sérologie amibienne n'avait été pratiquée chez aucun de nos patients, de même que l'examen parasitologique des selles.

Tous nos patients étaient séronégatifs au VIH.

Traitement

Le traitement médical

Sur le plan thérapeutique, tous les patients avaient eu une antibiothérapie. Elle était constituée d'une bi antibiothérapie (Amoxicilline 2 à 3g/j + Métronidazole 1 à 1,5g/j). La durée moyenne du traitement médical était de 7 jours (extrêmes 4 et 15j) pour la voie injectable et de 13 jours (extrêmes 4 et 15) pour la voie orale. Certains patients ont eu un traitement complémentaire comportant de façon variable un antalgique, un antipyrétique, un antispasmodique ou une transfusion sanguine.

Le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical a été effectué chez 4 patients. Un drainage de l'abcès en milieu chirurgical fut réalisé dans 2 cas. L'ablation du drain était effectuée après 5 jours et avait permis de recueillir en moyenne 1300cc de liquide purulent et séro-hématique.

Dans 2 cas, on a procédé à une laparotomie (lavage et drainage) pour syndrome d'irritation péritonéale par rupture d'abcès. Le drain a été laissé en place pendant 4 jours et a permis de recueillir au total 750 et 960 ml de liquide séro-hématique.

Evolution

L'évolution a été favorable dans tous les cas. Le délai moyen d'hospitalisation était de 16 jours (extrêmes 7 et 37j).

Un patient fut réadmis 2 semaines après sa sortie de l'hôpital, en hépato-gastro-entérologie pour accentuation de la symptomatologie de départ. L'abcès, localisé à droite et ayant subi une régression par rapport à l'aspect initial, n'était pas rompu. On lui a à nouveau administré une bi antibiothérapie (Amoxicilline + Métronidazole) par voie injectable pendant 10 jours, avec un relais par la voie orale pendant 21 jours. L'évolution a été bonne après 13 jours d'hospitalisation.

L'échographie abdominale réalisée chez tous nos patients revus en contrôle à des délais variables compris entre 3 mois et 6 mois a montré de façon générale une régression de la collection liquidienne.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

La pathologie est relativement rare mais des fréquences plus élevées ont été retrouvées dans d'autres études en Afrique [4, 8-13]. Si les adultes jeunes de sexe masculin sont particulièrement touchés, comme dans plusieurs autres études par ailleurs [4, 8-11, 14-21], la surmortalité masculine est particulièrement accentuée dans notre série tout comme dans celle de Diallo AT. et coll. [10]. Les raisons nous en sont inconnues.

La prédominance des couches socio-économiques faibles est classique. Elle s'explique par les mauvaises conditions d'hygiène qui augmentent le péril fécal. Les troubles immunitaires ont été incriminés, mais les études de l'immunité humorale ou à médiation cellulaire donnent des résultats discordants [22].

Les données cliniques

Le délai anormalement long entre le début présumé des symptômes et l'admission des patients serait dû à l'automédication et au recours aux thérapeutiques traditionnelles. Comme au Mali [16], nous avons retrouvé des délais excédant 20 jours avec des répercussions notables sur l'état général.

Les antécédents d'amibiase intestinale ont été retrouvés chez moins d'un malade sur 3, posant le problème de l'amibiase hépatique primitive ; GENTILINI et coll. [16] pensent que plus de 60% des cas d'amibiases hépatiques semblent primitifs. Toutefois, LEBEAU et coll. [8] ont retrouvé un antécédent d'amibiase intestinale dans 67,39 % des cas.

Parmi les motifs de consultation, la douleur et la pesanteur de l'hypocondre droit amènent généralement à consulter [8, 14, 17-19, 23], et pour certains, l'hypochondrie droite est le seul signe constant [3, 4]. D'autres signes comme la fièvre,

l'altération de l'état général et l'ictère sont présents dans des proportions variables. Pour divers auteurs [4, 8, 9, 14], cette variabilité dans les signes généraux pourrait s'expliquer par le temps mis à consulter : moins ce temps est long, moins ces signes seront marqués et moins on les retrouvera chez les patients. L'hépatomégalie douloureuse constitue un signe fréquent (12 patients dans notre série) [8, 9, 23-26], même si NJOYA et coll. [4] ont rapporté une proportion plus faible.

Parmi les formes cliniques, la forme ictérique était la plus fréquente (8 cas) suivie de celle avec la triade de Fontan (6 cas) et les formes apyrétiques (6 cas). Dans d'autres séries, la triade de Fontan était prédominante [8, 9, 14, 27, 28]. Les formes ictériques et néoplasiques seraient l'apanage des pays tropicaux [29, 30] même si nous n'avons pas rapporté de formes néoplasiques.

Les données paracliniques

L'ultrasonographie permet d'évoquer le diagnostic en montrant des images de cavités rondes ou ovales hypoéchogènes dont la nature amibienne sera affirmée par l'immunologie. Cette sérologie amibienne n'a été effectuée chez aucun de nos patients à cause de sa non disponibilité dans les structures où se déroulait l'étude. La nature bactérienne des collections liquidiennes a été éliminée après étude bactériologique du pus. Aucun parasite n'étant retrouvé dans ces collections, l'étiologie amibienne reste alors la plus probable.

Le traitement

Le traitement est d'abord médical. L'adjonction d'un antibiotique aux imidazolés se justifie par la fréquence des surinfections bactériennes.

La chirurgie vient en 2^e intention en complément ou devant l'échec du traitement médical. Toutefois, la

chirurgie est indiquée d'emblée devant des complications comme une rupture de l'abcès avec irritation péritonéale généralisée.

En dehors du drainage chirurgical, certains auteurs pratiquent la ponction transcutanée sous guidage tomodensitométrique [31, 32] ou échographique [33] ou sous contrôle laparoscopique [34, 35]. Ces techniques ont l'avantage d'être moins invasives et évitent les risques de ponction à l'aveugle.

L'évolution

Les suites opératoires ont été simples et la récurrence notée dans un cas n'était pas due à un échec du traitement médical, mais plutôt à son défaut d'observance. Nous n'avons pas enregistré de décès. Des complications comme une colite nécrosante associée à une péritonite [36, 37], une migration pleuropulmonaire, une fistulisation à la peau avec une migration péricardique [10], une pneumopathie basale droite [38], un abcès sous phrénique et une fistule hépatocholécysto-bronchique [27], une fistule hépato-duodénale [39] ont été rapportées dans diverses séries.

CONCLUSION

Parasitose cosmopolite, l'amibiase vient en bonne place dans la mortalité secondaire aux parasitoses à l'échelle mondiale. La prise en charge est principalement médicale quelle que soit la localisation viscérale, la chirurgie ne s'offrant que les complications qui en nécessitent son usage. Sa prévention passe par la lutte contre le péril fécal et la transmission des maladies féco-orales.

REFERENCES

1. Mahesh P, Sharma Vineet A. Management of Amoebic Liver Abscess. Arch Med Res 2000;4-5.
2. OMS. L'amibiase et la lutte anti-amibienne. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 1985; 63 (5) : 821-831.
3. Guerin B, L'Her P, Lenegre-Thouin I et al. Aspects cliniques et thérapeutiques de l'amibiase hépatique au Cambodge. Med Trop 1995; 55:37-40.
4. Njoya O, Ndjitoyap Ndam EC, Ngoue V, Ngonde Sende C. Abcès amibien du foie à Yaoundé. Cahiers de Santé 1999; 9: 119-122.
5. Molinier C, Mennecier D. Amibiase hépatique. Encycl Méd Chir, Hépatologie. Elsevier, Paris 1997; 7-027-A-10: 6p.
6. Cornet L, N'Guessan HA, Dick KR et al. Indications chirurgicales actuelles dans l'abcès amibien du foie à propos

d'une série de 270 cas. Ann Chir 1987; 41: 519-524.

7. Ramani A, Ramani R, Kumar MS, Lakhkar BN, Kundaje GN. Ultrasound-guided needle aspiration of amoebic liver abscess. Postgrad Med J 1993; 69: 381-383.

8. Lebeau R, Diané B, Yénon S, Koffi E, Kassi BA, Kouassi JC. Abcès amibien du foie au CHU de Bouake : Etude diagnostique et thérapeutique à propos de 46 cas. Mali Médical 2006, Numéro 3.

9. Kodjoh N, Hountondji. Les abcès amibiens du foie . A propos de 42 observations colligées dans les services médicaux du CNHU de Cotonou. Médecine d' Afrique Noire: 1999, 38(3).

10. AT. Diallo, A. Touré, FB. Touré, AD. Diallo, AB. Barry, B. Diallo, ND. Camara. Abcès amibiens du foie: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans les services de chirurgie du CHU de Conakry. J Afr Chir Digest 2009; 9(1): 852-857.

11. N'Dri-Yoman AT, Yao-Bathaix MF, Attia KA, Mahassadi KA, Madougou B, Kissi HY. Traitement et profil évolutif des abcès amibiens du foie au CHU de Youpougou. *Médecine d'Afrique Noire* 2006; vol 53, no2: 87-92.
12. F. Djossou, D. Malvy, M. Tamboura, J. Beylot, H. Lamouliatte, M. Longy-Boursier, M. Le Bras. Abcès amibiens du foie. Analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme de thérapeutique. *La Revue de Médecine Interne* 2003; 24: 97-106.
13. Van LP, Manh HD, Nhu HP. Abcès amibiens du foie: ponction écho-guidée. *Annale de Chirurgie* 1996; vol 50, no4: 340-343.
14. Agbetra A, Kpinsaga D, Nakpane A, Homawoo K, Amedegnato M. Aspects cliniques et thérapeutiques des abcès du foie chez l'adulte au Togo. *Med Afr Noire* 1985; 32: 138-143.
15. ZZ. Sanogo, AK. Koita, M. Sanogo, D. Sangaré, S. Soumaré. Abcès amibiens du foie : expérience tropicale d'une pathologie peu observée en Europe. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2008; vol 145, n° 3: p.300.
16. Gentillini M, Caume E, Danis M, et al. Amibiase . In: Gentillini M, éd. *Médecine intertropicale*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences 1996: 165-172.
17. Shaikh Z, Khan MH, Qamar R. Clinical profile of 100 cases of liver abscess. *JPM-A-J-PAK-Med-Assoc* 1989; 39: 256-259.
18. Sharma MP, Sarin SK. Amoebic liver abscess in a North India hospital. *Current trends. Br J Clin Pract* 1987; 41: 789-793.
19. Sharma MP, Acharya SK, Verma S, Dasarthy S. Clinical profile of multiple amoebic liver abscesses. *J Assoc Physicians India* 1990; 38: 837-839.
20. JP. Algayres, J. Valmary, C. Maurel, M. Lapprand, M. Herody, JP. Daly, C. Laverdant. L'amibiase hépatique. *Concours médical* 1990; 112: 2539-2544.
21. P. Mpele, B. Carme, G. Niel, A. Itoua-Ngaporo, C. Bourarque. L'amibiase hépatique: les différents aspects à Brazzaville. *Méd Trop* 1985; 465: 55-58.
22. Laverdant C, Denée JM, Roue R, Molinie C, Daly JP, Flechaire A, Valmary J, Farret O. L'amibiase hépatique: étude de 152 observations. *Gastroenterol Clin Biol* 1984; 8: 838-844.
23. Kam KL, Sanou L, Koueta F, Sawadogo SA, Zeba B. Abcès du foie en milieu pédiatrique au CHN-Yo de Ouagadougou. *Médecine d'Afrique Noire* 1998; 45(11).
24. JR Ibara, LCO. Ikobo, BIA. Ibara, AI. Ngaporo. Abcès du foie à germes pyogènes: aspects cliniques, morphologiques et étiologiques à propos de 38 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2000; 47(2).
25. D. Ilboudou, J. Sanou, A. Bougouma, S. Ouedraogo. Abcès du foie et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). *Médecine d'Afrique Noire* 1996; 43(12).
26. Tammam S, Pariente D, Miaux Y, Chaumont P. Abcès hépatique chez l'enfant. *Arch Fr Pédiatr* 1992; 49: 288-289.
27. Condat JM, Lecesne JL, Ticolat R, Niamkey E, Soubeyran J, Merrien Y, Charmot G. L'amibiase hépatique : aspects actuels. *Sem Hop. Paris* 1982; 58(10): 579-589.
28. Sankale M. L'abcès amibiens du foie en milieu tropical. *Concours Med* 1978; 100(26):4365-4376.
29. Barnes PF, De Cock KM, Reynolds TN, Ralls PW. A comparison of amoebic and pyogenic abscess of the liver. *Medicine* 1987; 66: 472-483.
30. Bastin R, Charmot G. Les abcès amibiens du foie en France. Difficultés diagnostiques et thérapeutiques. *Concours Med* 1980; 102(31): 4395-4400.
31. Berry M, Bazaz R, Bhargava S. Amoebic liver abscess: sonographic diagnosis and management. *J Clin Ultrasound* 1986; 14: 239-242.
32. Van Sonmenberg E, Mueller PR, Schiffman HR, Ferrucci JT, Casola G, Simeone J, Cabrera O, Gosink BB. Intrahepatic amoebic abscesses: indications for and results of percutaneous catheter drainage. *Radiology* 1985; 156: 631-635.
33. Laroche R, Molard D, Ndabanele E, Ngamiye E, Aubry P. L'amibiase hépatique à Bujumbura (Burundi) à propos de 27 cas observés en 16 mois. *Bull Soc Path Ex* 1987; 80: 196-201.
34. Salky B, Finkel S. Laparoscopic drainage of amoebic liver abscess. *Gastrointestinal Endoscopy* 1985; 31(1): 30-32.
35. Staples DC, Dale JA. Peritoneoscopically guided needle aspiration of amoebic liver abscess. *Gastrointestinal Endoscopy* 1980; 26(1): 21-22.
36. Akgun Y, Tacyldiz IH, Celik Y. Amoebic liver abscess: changing trend over 20 years. *World J Surg* 1999; 23: 102-106.
37. Natarajan A, Souza RE, Lahoti NG, Candrakala SR. Rupture liver abscess with fulminant amoebic colitis: case report with review. *Trop Gastroenterol* 2000; 21: 201-203.
38. R. Nguema-Mve, O. Graesslin. Traitement des abcès amibiens du foie par le drainage percutané. *Médecine d'Afrique Noire* 1997; 44(1).
39. Mowji PJ, Cohen AJ, Potkin B, Viltuznik J. Amoebic liver abscess with hepatoduodenal fistula. *Am J Gastroenterol* 1987; 82(6): 558-559.