Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Cas clinique

Abcès du foie compliqué de pleurésie en post-opératoire : à propos d'un cas pris en charge au service de chirurgie viscérale de l'Hôpital National Donka

Liver abscess complicated by pleurisy postoperatively: a case treated at Donka National Hospital

AM Koundouno*[1], SY Diakite[1], FL Camara[1], FA Kamano[1], AS Diallo[2]

Résumé

Le but de ce travail était de montrer notre expérience et l'intérêt de la collaboration avec la chirurgie thoracique dans le diagnostic et le traitement de la pleurésie survenue après drainage chirurgical d'un abcès du foie.

Nous rapportons un cas d'abcès du foie traité qui s'est compliqué de pleurésie basale droite CHU de Conakry. Le diagnostic a été clinique confirmé par l'échographie. Le délai du diagnostic a été de 20 jours. Le traitement chirurgical par drainage extra-péritonéal a été le procédé envisagé. Les suites opératoires ont été émaillées de pleurésie basale droite confirmée par la radio pulmonaire de face

L'abcès du foie est une affection grave. La collaboration avec la chirurgie thoracique a permis de déceler et de prendre en charge cette affection et ses complications.

Mots-clés : Abcès, foie, pleurésie, post-opératoire.

Abstract

The aim of this work was to show our experience and the interest of collaboration with thoracic surgery in the diagnosis and treatment of pleurisy occurring after surgical drainage of a liver abscess.

We report a case of treated liver abscess which was complicated by right basal pleurisy, Conakry University Hospital. The diagnosis was clinically confirmed by ultrasound. The diagnosis time was 20 days. Surgical treatment by extra-peritoneal drainage was the procedure considered. The postoperative course was marked by right basal pleurisy confirmed by frontal chest x-ray.

Liver abscess is a serious condition. Collaboration with thoracic surgery made it possible to detect and manage this condition and its complications.

Keywords: Abscess, liver, pleurisy, post-operative.

Introduction

L'abcès du foie se définit comme une collection de pus dans une cavité néoformée aux dépens du tissu hépatique environnant qui se trouve détruit ou refoulé [1].

Certains terrains semblent être particulièrement à risque de développer un abcès du foie : le diabète

sucré, l'alcoolisme chronique et l'existence d'une immunodépression [2 ; 3 ; 4]. La pleurésie basale droite constitue la complication pleuropulmonaire la plus fréquente. Elle résulte de la contiguïté de l'abcès avec la plèvre (surélévation de la coupole diaphragmatique, épanchement pleural réactionnel). L'abcès hépatique peut se compliquer de rupture d'abcès, de compression locale, de pyléphlébite, et de métastases septiques. Le diagnostic d'abcès du foie bénéficie actuellement de l'apport de l'imagerie, celui de son étiologie bactérienne ou parasitaire reste difficile [5].

Le traitement de l'abcès du foie est parfois médical, la chirurgie consiste à faire une incision avec drainage par voie trans-abdominale ou trans-thoracique [6].

C'est une affection cosmopolite qui sévit à l'état endémique dans les régions chaudes du globe (Afrique, Amérique du sud et Centrale, Asie) où elle constitue un problème de santé publique [7]. Son incidence est actuellement en augmentation [8].

Selon l'OMS, 10% de la population mondiale seraient infectés, correspondant à environ 500 millions de personnes en 2003 [9].

Le but de ce travail était de montrer notre expérience et l'intérêt de la collaboration entre chirurgie viscérale et la chirurgie thoracique dans le diagnostic et le traitement de l'abcès du foie et la pleurésie survenue après drainage chirurgical.

Cas clinique

Il s'agit de Mr G.B chauffeur, admis dans le service pour : voussure abdominale douloureuse, fièvre, dyspnée, toux ; évolution 3 semaines environ avec des antécédents de diarrhée sanguinolente il y a un mois. Alcoolo-tabachique il 26 ans, le tabac arrêté il y a un an. Il a été vu conscient coopérant, téguments et conjonctives hypocolorés, asthénique avec un état général peu satisfaisant avec des paramètres suivants ; Tension artérielle : 110/80mmhg, le pouls : 88 et l'indice de performance OMS II. L'abdomen asymétrique siège d'une cicatrice oblique inguinale droite, et d'une voussure douloureuse intéressant l'épigastre, l'hypochondre droit et le flanc droit (flèche hépatique à 18 cm environ). L'ébranlement costal droite est douloureuse, le péristaltisme normal. Le TR normal et une diminution de l'ampliation de la base thoracique droite. L'échographie abdominale a mis en évidence une importante hépatomégalie avec deux lésions focales d'allure inflammatoire évoquant deux volumineux abcès hépatiques intéressant les deux lobes. Pas d'autres lésions morphologiques visibles sur le reste des organes explorés (Image1).

La radiographie pulmonaire de face a montré une surélévation de la coupole diaphragmatique droite (Image 2).

Le bilan biologie a montré un taux d'hémoglobine de11g/dl, une hyperleucocytose à 28giga/l, une glycémie à jeun de 1,04 g/l. Le traitement chirurgical a consisté à un drainage percutané par rupture de l'abcès du lobe gauche par une courte incision et suivie de l'aspiration de 600 cc de pus épais chocolaté inodore, puis à travers le cratère de cette poche, à l'aide d'une pince de Kely nous avons communiqué ce cratère à la poche du lobe droit puis aspiration de 1000 cc de pus même nature que le premier. Toilette des cratères à l'aide de 1,5 l de sérum physiologique. Mise en place d'un drain dans les cratères sorti par un contre incision dans le flanc droit et 4 lames de compresses servant de mèches pour le drainage et l'hémostase. Le patient a été soumis au flagyl 500mg à l'ampicilline 1g, et au perfalgan perfusable. Le pus a été adressé au laboratoire pour l'examen cytobactériologique et l'antibiogramme ont permis d'identifier le Staphylocoque sensible aux Amikacin, au chloramphénicol, à l'Erythromycine, et au Pefloxacine. Nous avons réadapté le traitement par l'Erythromycine à cause de son accessibilité. Les suites thérapeutiques se sont émaillé à J2 d'une pâleur des conjonctives et téguments d'une asthénie physique, avec un taux d'hémoglobine de contrôle à 7g/dl. Il a bénéficié d'une transfusion à l'aide de 400 cc du sang total identique. La persistance de la toux, de la dyspnée et de la fièvre motive une radiographie pulmonaire de face de contrôle qui a mis en évidence une opacité basale homogène de tonalité hydrique à limite interne horizontale de la

moitié du champ pulmonaire droit (Image 3).

La pleurésie droite retenue en collaboration avec le service de chirurgie thoracique a été traité par ponction pleurale exploratrice pour analyse et un drainage pleural de 450 cc de liquide jaune citrin au niveau 5è espace intercostal droite. Il a été soumis : Ciplacef, flagyl, diclo injectable, cimétidine par le service de chirurgie thoracique.

La cytoponction du liquide pleural a montré ce qui suit : les différents prélèvements de cytoponction du liquide pleural examiné étaient indemnes de toute prolifération tumorale maligne dans un fond sero-hematique constitué de cellules polynucléaires neutrophiles.

La bactériologie et antibiogramme du liquide pleural ont montré : les leucocytes à 20/mm3, les hématies à 150/mm3 et une absence de germes.

La radiographie pulmonaire de contrôle realisée à j14 a montré un retour progressif de la clarté basale droite avec deux niveaux hydriques (Image 4) et une autre à J26 a montré une transparence normale avec surélévation de la coupole diaphragmatique droite (Image 5).

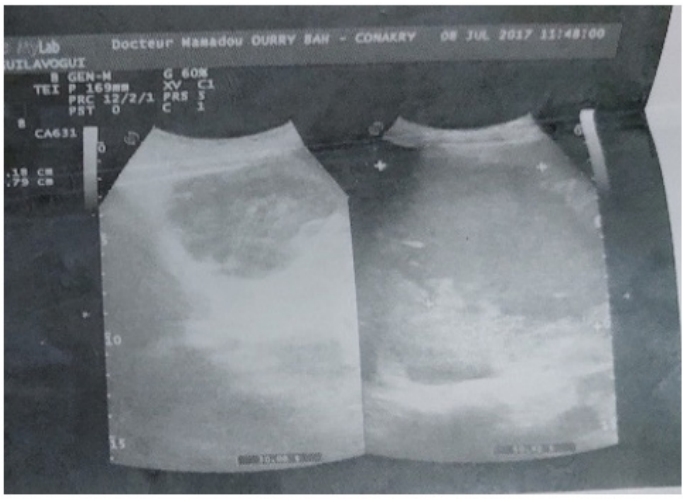


Image 1 : Echographiques abdominale importante montrant une hépatomégalie avec deux volumineux abcès hépatiques.

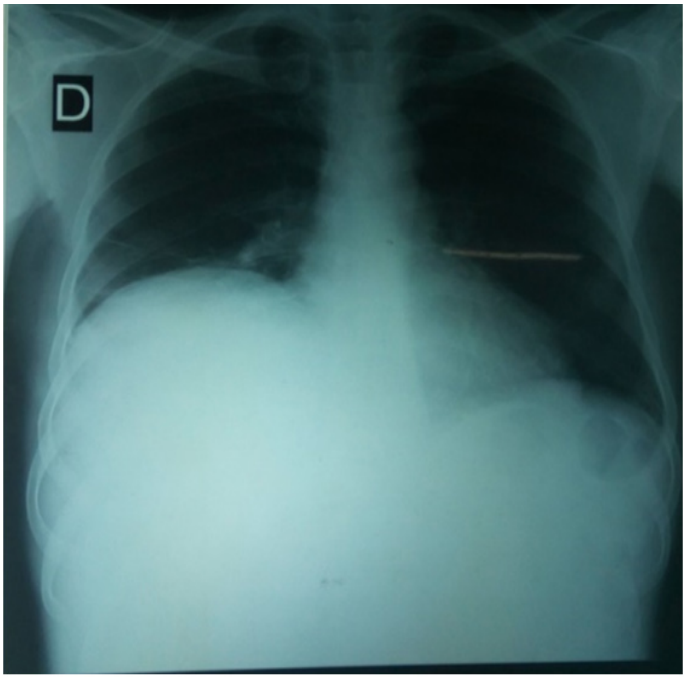


Image 2 : La radiographie pulmonaire de face montrant une surélévation de la coupole diaphragmatique droite.

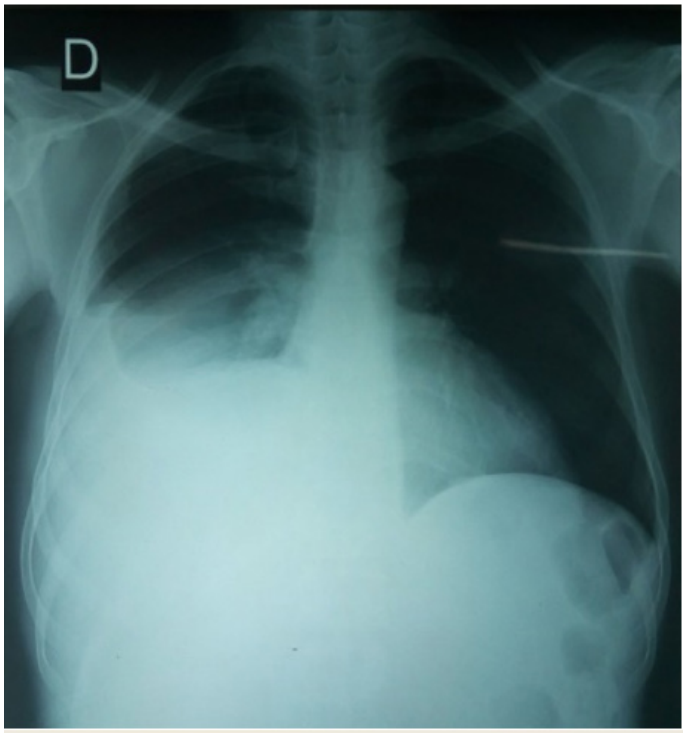


Image 3 : La radiographie pulmonaire de face montrant une pleurésie droite



Image 4 : une transparence normale avec surélévation de la coupole diaphragmatique droite

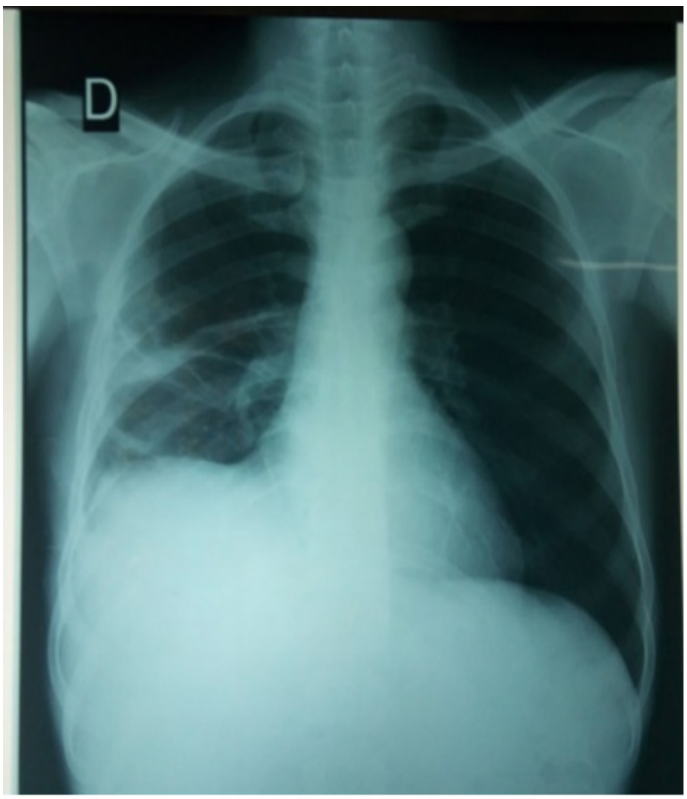


Image 5 : Retour progressif de la clarté basale droite avec deux niveaux hydriques.

Discussion

Il s'agissait d'un patient adulte jeune de 44 ans, alcoolo-tabachique il y 26 ans. La proportion élevée des adultes jeunes de sexe masculin au cours des abcès du foie a été rapportée par certains auteurs : Nguema-mve R. et Gracssun O.[10] ont trouvé 8 hommes sur 12 observations pour un sex-ratio de 2, un âge moyen de 37 ans et des extrêmes 18 et 52 ans ; Kodjoh [11] rapporte un sex-ratio de 2,2.

Certains terrains à risque comme le diabète, l'alcoolisme chronique, l'immunodépression pourraient multiplier le risque par 3,5 selon Frank P. [15] en 2014. Badaoui L.et coll [13] ont recensé 21% de diabète, 15,78 % de consommation chronique d'alcool, 10,52% d'infection respiratoire, et 6% de chirurgie biliaire.

Nous avons enregistré une altération de l'état général avec l'Indice de performance OMS à II reçu dans un contexte d'urgence, avec des frissons, de la fièvre à 39,7°c, un sub-ictère, une hépatomégalie (deux volumineux abcès bifocaux des deux lobes du foie), une douleur à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Ces symptômes ont été décrits par Talarmin J.P., Boutoille D, Raffi F. [12] : douleur à l'HCD 53 à 89%, fièvre 70 à 93%, frissons 49 à 71%, hépatomégalie 30 à 57%, altération de l'état général 30 à 57%. Badaoui L.et coll [13] ont trouvé 73,68% de la triade de Fontan.

Le délai entre le début présumé des signes et l'hospitalisation était de 20 jours. Il varie selon les cas et les auteurs : Kodjoh [11] a noté 3 à 10jours chez 45,2%, 11 à 30jours chez 28,6% des cas. Badaoui L.et coll [13] ont rapporté 6 à 15jours de délai de diagnostic. Ce délai prolongé rapporté pour la plupart des auteurs et dans notre cas est dû à l'insuffisance de l'examen clinique, le manque de moyens diagnostiques fiable dans nos structures et surtout le manque de collaboration inter-service franche chirurgie-médecine-radiologie.

Nous avons trouvé une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile à 28 giga/l. La Pyo culture a mis en évidence des staphylocoques. Badaoui L.et coll [13] ont noté sur 10 observations, 1 cas

d'Enterobacter, 1cas d'Escherichia coli, 1cas bacille gram négative anaérobie. L'incapacité du système réticulo-endothélial de lutter contre l'infection favorise l'atteinte du foie à 2 ou plusieurs germes et d'origine diverse.

L'échographie abdominale a permis de donner le nombre, le siège (foie gauche et droit, les différents segments), la taille de l'abcès, l'aspect du contenu. Pour notre cas les caractéristiques étaient : 2 abcès, au niveau du foie droit(88x128mm) intéressant les segments V, VII, et VIII et le foie gauche(62x93mm) atteignant les segments II et III. Pour Badaoui L. [13] l'échographie réalisée chez 19 patients a montré des abcès multiples chez 7cas, unique pour 4 cas du lobe droit et 6 cas avec des abcès uniques au niveau du lobe gauche. Les caractéristiques échographiques rapportées par Nguema-mve R. et Gracssun O.[10] sont les suivantes : des volumineux abcès localisés dans les deux lobes avec une prédominance du lobe droit dans 64% des cas et 36% des cas pour le lobe gauche. Double foyer dans le foie droit pour 2 observations.

La radiographie pulmonaire de face réalisée à la réception à montrer une surélévation de la coupole diaphragmatique droit conséquence du volume important des abcès en dehors de l'ombre habituel du foie normal. Nguema-mve R.et Gracssun O.[10] ont fait le même constat pour la majorité des observations, 2 cas seulement d'image caractéristique en brioche, 4 cas d'opacité pleuro-parenchymateuse et 2 cas d'opacité pleurale seulement.

Ce patient qui a fait l'objet de cette observation a bénéficié d'un drainage chirurgical extra-péritonéal sous anesthésie générale en 17mn. Une courte incision médiane épigastrique de 5cm environ sur la tuméfaction du lobe gauche du foie. Aspiration de 600cc de pus épais chocolaté, puis communication du cratère à la poche du lobe droit suivie de l'aspiration de 1000cc pus de même nature. Pour certains auteurs : [10] sur 42 observations, 5 cas soit 11,9% ont bénéficié d'un traitement médico-chirurgical et 37 cas 88,1% de traitement médical complété par la ponction écho-guidée pour 11 observations 26,19%.

Nous avons noté une légère régression de température, disparition des frissons, l'amendement sensible des douleurs abdominales, une diminution relative du volume du foie par la disparition des voussures. Par contre nous avons noté la survenue d'une toux, d'une polypnée à 32 cycle/mn. L'examen clinique et radiologique a montré pleurésie avec une opacité basale homogène droite, ce qui a motivé un drainage pleural aspiratif et les prélèvements pour la bactériologie et la cytologie ont permis d'exclus toute prolifération maligne. Nous avons noté un retour progressif de la clarté habituelle de la base pulmonaire droit. Certains auteurs ont adopté les mêmes procédés de drainage pleural. [14,15].

La durée d'hospitalisation est fonction de la chronicité, du volume de l'abcès, du geste chirurgical, de la voie d'abord et éventuellement des complications qui en découlent. Elle a été de 29 jours pour notre cas. La même durée d'hospitalisation a été rapportée par Taspinar A.H. et coll [11] 27 jours en moyenne. Pour Kodjoh [11] elle a été de 7 à 61jours.

Conclusion

Il ressort de notre travail que l'abcès du foie est une affection grave de l'adulte jeune. Elle peut se compliquer dans certains cas de pleurésie basale droite. La collaboration avec la chirurgie thoracique et le service de radiologie a permis de déceler et de prendre en charge cette complication. La précocité du diagnostic et un drainage percutané écho-guidé pourraient améliorer à coup sûr le pronostic, le coup de la prise en charge et la durée d'hospitalisation.

***Correspondance**

Aly Mampan KOUNDOUNO

kdnoalymampan@gmail.com

Disponible en ligne : 12 Décembre 2023

1 : Chirurgie viscérale et digestive de l'hôpital national Donka CHU de Conakry
2 : Chirurgie thoracique de l'hôpital national Donka CHU de Conakry

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Chiche L., Dargere S., Le pennec V., Dufay C., Alkofer B. : Abcès à pyogènes du foie : diagnostic et prise en charge. Département de chirurgie viscérale et digestive, CHU de Caen, France. Elsevier Masson SAS. 2008.09.019.

[2] Kaplan G G., Gregson D B, Laupland K B.: Population based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic abscess. Clin Gastro enterol Hepatol 2004 ; 2 :1032-8.

[3] Yahchouchi E., Cherqui D. :Abcès non parasitaires du foie : diagnostic et conduite à tenir. Encycl. Med. Chir (Elsevier, Paris), Hépatologie, 7-015 C 15, 1998,8p. 230.

[4] Chiche L., Dargere S., Le pennec V., Dufay C., Alkofer B. : Abcès à pyogènes du foie. Gastroentérologie Clinique et Biologique 2008 ; 32:1077-91.

[5] Ibara J-R. et coll. : Abcès du foie à germes pyogènes : aspects cliniques, morphologiques et étiologiques à propos de 38 cas. Service de Gastro-entérologie et Médecine interne, Centre Hospitalier et Universitaire - BP 32 - Brazzaville – Congo. Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (2).

[6] Rajak CL, et coll. Percutaneous treatment of liver abscesses: needle aspiration versus catheter drainage. Am J Roentgenol. 1998, 170: 1035-9.

[7] Beytout J., Delmont J., Marchou B., Pichard E. : Amœbose tissulaire. In Malin Trop Afrique 2003, 539-543.

[8] Tillaux M. : Abcès du foie à pyogènes en 2008 : une affaire de radiologue. Expérience caennaise de 1990 a 2007 ; pôle d'imagerie médicale et d'explorations fonctionnelles ; rein–digestif – nutrition chu de Caen 2008.

[9] Molinier C. et Mennecier D. : Amibiase hépatique. Encycl. Méd Chir. (Elsevier Paris), Hépatologie. 1997 ; 7-027-A-10: 6.

[10] Nguema-mve R., Gracssun O. : Traitement des abcès amibiens du foie par le drainage percutané au service de chirurgie générale et digestive, Hopital provincial de l'estuaire à Melen. Libréville-Gabon. Médecine d'Afrique noire, 1997, 44.

[11] Kodjoh.N et Hountondji.A : Les abcès amibiens du foie. A propos de 42 observations colligées dans les services de médecines du CNHU de Cotonou. Médecin d'Afrique noire : 1991, 38(3). IL s'agit principalement d'une pathologie de l'adulte généralement entre 50 à 60 ans.

[12] Talarmin J.P, Boutoille D et Raffi F : Abcès bactériens du foie. La lettre de l'hépato-gastro-entérologue N° 3, volume V, 2002, pages 113 à 117 Paris.

[13] Badaoui L. et Coll. : Abcès du foie à germes pyogène à propos de 19 cas et revue de la littérature service. Maladie infectueuse CHU Ibn Rochd. Casablanca-Maroc, 13 novembre 2013, 9ème congrès international.

[14] Taspinar A.H. et Coll : Abcès amibien du foie. A propos de 12 cas opérés J. Chn(Paris). 1990, 127(3) 177-178.

[15] Esse S T : Abcès hépatique à pyogène Service de médecine polyvalente, centre hospitalier de Valenciennes, mt 2018 ; 24 (1) : 57-61)

Pour citer cet article :

AM Koundouno, SY Diakite, FL Camara, FA Kamano, AS Diallo. Abcès du foie compliqué de pleurésie en post-opératoire : à propos d'un cas pris en charge au service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka. Jaccr Africa 2023; 7(4): 342-347