

Drainage des abcès du foie par la technique de « l'hépatotomie a minima »

Dieng M, Diop B, Cissé M, Konaté I, Ka O, Dia A, Touré CT

Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal.

Med Trop 2009; **69** : 475-476

RÉSUMÉ • Pour éviter la rupture des gros abcès superficiels du foie, nous proposons leur drainage par la technique de « l'hépatotomie a minima ». *But*. Rapporter les résultats du traitement des abcès du foie par cette technique. *Patients et méthode*. De janvier 2000 à juin 2005, 40 dossiers de patients pris en charge pour abcès du foie dans notre service ont été colligés. Tous les patients ont eu une antibiothérapie incluant le métronidazole. Deux patients avaient été traités par une antibiothérapie exclusive, 4 avaient subi une laparotomie pour rupture d'abcès, 1 avait eu un drainage pleural pour rupture dans la plèvre droite et 33 avaient été drainés par la technique « d'hépatotomie a minima » et font l'objet de cette présente étude. Il s'agissait de 30 hommes et de 3 femmes d'un âge moyen de 38 ans. Le délai moyen de consultation était de 51 jours. *Résultats*. On notait 28 abcès amibiens et 5 abcès à pyogènes dont le diamètre moyen était de 11,5 cm. Le siège était dans 21 cas le foie droit et dans 12 cas le foie gauche. La quantité de pus retiré était en moyenne de 1 060 mL. L'évolution était favorable d'emblée chez 28 patients soit un taux de succès de 84,8%. On notait la persistance de l'abcès dans 5 cas après ablation du drain dont 2 ont nécessité un second drainage soit un taux d'échec de 6%. Les 3 autres cas ont bien évolué sous traitement médical seul. Aucun cas de décès n'a été noté. *Conclusion*. La taille importante et le siège superficiel des abcès du foie étant des facteurs de risque de rupture, ils justifient leur évacuation dans le but de prévenir cette dernière complication. La technique de « l'hépatotomie a minima » que nous réalisons donne de bon résultats avec un taux de succès élevé.

MOTS-CLÉS • Abscès. Foie, Drainage. « Hépatotomie a minima ». Sénégal.

DRAINAGE OF LIVER ABSCESS BY « MINI-HEPATOTOMY »

ABSTRACT • We have developed a « mini-hepatotomy » technique to prevent rupture of large superficial liver abscesses. *Aim*. The purpose of this report is to describe our results using this technique. *Patients and method*. Data was extracted from the files of 40 patients hospitalized in our department for liver abscess from January 2000 to June 2005. Antimicrobial therapy including metronidazole was administered to all patients and was the sole treatment in two. Additional treatment included laparotomy for ruptured abscess in 4 cases, pleural drainage for rupture in the right pleural cavity in one, and « mini hepatotomy » in 33. This study includes the 33 patients who underwent mini-laparotomy. There were 30 men and 3 women with a mean age of 38 years. The mean delay for consultation was 51 days. *Results*. Liver abscess was classified as amoebic abscess in 28 cases and pyogenic abscess in 5. The mean diameter of the abscess was 11.5 cm. The abscess was located in the right lobe in 21 cases and left lobe in 12. The mean quantity of liquid drained from the abscess was 1060 mL. Outcome was favorable in 28 cases (success rate: 84.8%). In the remaining 5 cases abscess persisted after drain removal including two that required a second drain procedure and three that resolved after medical treatment. The failure rate was 6% (2/33). No patient died. *Conclusion*. Large size and superficial location are risk factors for rupture of liver abscess. Drainage is warranted in patients at risk for this complication. The results of this study show that our « mini-hepatotomy » drainage technique has a high success rate and can achieve good results.

KEY WORDS • Abscess. Liver. Drainage. « Mini-hepatotomy ». Senegal.

En Afrique noire, les abcès du foie concernent les abcès amibiens du foie, de loin les plus fréquents et les abcès à pyogènes, beaucoup plus rares. Dans le cadre de leur prise en charge, il est actuellement admis que les abcès du foie, amibiens ou à pyogènes, de plus de 5 cm de diamètre doivent être évacués, quelle que soit la technique utilisée (1-5). La taille très importante de ces abcès et leur siège le plus souvent superficiel constituent des facteurs de risque de rupture, qui, lorsqu'elle survient en péritoine libre, peut être grave (6). Pour éviter la survenue de cette complication redoutable, nous proposons le drainage de ces abcès par la technique de « l'hépatotomie a minima ».

Le but de ce travail était de rapporter les résultats du traitement des abcès du foie par cette technique.

Patients et méthode

De janvier 2000 à juin 2005, 40 dossiers de patients pris en charge pour abcès du foie dans notre service ont été colligés. Tous

les patients ont reçu une antibiothérapie incluant le métronidazole. Deux patients avaient été traités par une antibiothérapie exclusive, 4 avaient subi une laparotomie pour rupture d'abcès, 1 avait eu un drainage pleural pour rupture dans la plèvre droite et 33 avaient été drainés par la technique de « l'hépatotomie a minima ». Ces 33 patients font l'objet de cette présente étude.

Il s'agissait de 30 hommes et de 3 femmes avec un âge moyen de 38 ans (extrêmes de 17 et 68 ans). Le délai moyen de consultation était de 51 jours. La triade de Fontan à savoir une hépatomégalie douloureuse et fébrile était présente chez tous les patients. Le syndrome dysentérique était retrouvé comme antécédent chez 6 patients. La sérologie VIH était positive chez 2 patients.

Technique de drainage

Elle était réalisée au bloc opératoire chez un patient en décubitus dorsal avec une voie veineuse et un monitoring de la fonction cardiaque. Une anesthésie locale à la xylocaïne 2% était réalisée au point de ponction après un repérage échographique. Une courte incision de 2 cm était effectuée associée à une dissection et à une ouverture de la paroi abdominale qui permettait d'introduire et de positionner un drain thoracique « armé » CH 28 ou 32. Le drain était

• Correspondance : madieng@yahoo.fr

• Article reçu le 15/06/2007, définitivement accepté le 1/07/2009.

fixé à la paroi et mis en siphonage avec recueil du liquide dans une poche à urine graduée.

Le contrôle échographique permettait de poser l'indication de l'ablation du drain.

Résultats

On notait 28 abcès amibiens et 5 abcès à pyogènes dont le diamètre moyen était de 11,5 cm (extrêmes de 7 et 18 cm). Le siège était dans 21 cas le foie droit et dans 12 cas le foie gauche. La quantité de pus retiré était en moyenne de 1060 mL avec des extrêmes de 500 et 3000 mL.

L'évolution était favorable d'emblée chez 28 patients avec ablation du drain au 7^{ème} jour en moyenne, soit un taux de succès de 84,8 %.

On notait la persistance de l'abcès dans 5 cas après ablation du drain dont 2 ont nécessité un second drainage soit un taux d'échec de 6 %. Les 3 autres cas avaient bien évolué sous traitement médical seul et n'avaient pas nécessité un second drainage.

Aucun décès n'a été noté.

Discussion

L'abcès du foie, dans notre contexte, affecte l'adulte jeune de sexe masculin comme l'ont noté d'autres auteurs au Gabon (7). La plus grande fréquence des abcès amibiens par rapport aux abcès à pyogènes est confirmée par les résultats de cette étude. Dans le cas des abcès amibiens, le syndrome dysentérique est rarement retrouvé dans les antécédents comme l'ont constaté d'autres auteurs (8). Il n'a été rapporté que 6 fois dans les antécédents chez les patients de cette présente étude. Des facteurs prédisposants et de comorbidité sont souvent mis en cause dans la survenue de cette pathologie. Nous avons noté, deux patients séropositifs au VIH. L'abcès est souvent unique, d'un diamètre très important et localisé préférentiellement au niveau du foie droit.

Une des règles en chirurgie stipule que toute collection néoformée, localisée devrait être évacuée. Dans le cas de ces volumineux abcès, l'évacuation permet de prévenir la rupture mais également accélère la cicatrisation, réduisant ainsi la durée d'hospitalisation.

Ce risque évolutif qu'est la rupture en péritoine libre, oblige à discuter les indications et les limites des différentes modalités thérapeutiques. A savoir le traitement médical seul, la ponction-aspiration, le drainage percutané ou le drainage chirurgical. Le drainage peut se faire par ponction aspiration, ou par la méthode de Seldinger (9). Ces deux méthodes étant effectuées par le radiologue. Il peut être chirurgical par laparotomie ou laparoscopie (1). Ces voies d'abord chirurgicales nécessitent une anesthésie générale qui n'est pas sans risque sur ces terrains. Plutôt que d'opposer ces modalités thérapeutiques, il importe d'en apprécier les indications respectives. Le choix dépend des techniques disponibles localement qui doivent être adaptées et accessibles.

Une étude prospective randomisée, a démontré la supériorité du drainage percutané échoguidé par rapport à la ponction-aspiration répétée (2). Cependant compte-tenu souvent de la non disponibilité du radiologue, en urgence dans notre contexte, nous réalisons un drainage chirurgical mini-invasif par la technique de « l'hépatotomie a minima ». En effet cette technique se rapproche plus de la ponction percutanée échoguidée et elle est réalisée sous anesthésie locale. Un des avantages de cette technique, par rapport au drainage percutané,

est de pouvoir introduire un drain de plus gros calibre. Elle permet également d'introduire le drain en toute sécurité. Cette « hépatotomie a minima » nous évite ainsi les inconvénients du drainage « à l'aveugle » notamment la péritonite par dysfonctionnement du drain telle que rapporté par Nguema Mvé et Graesslin (7).

Avec la technique de « l'hépatotomie a minima » nous avons un taux de succès de 84,8 % qui est comparable aux taux rapportés dans la littérature. En effet, le taux de succès du drainage percutané classique est compris entre 87 et 98 % (9, 10). Le taux d'échec avec notre technique, matérialisé par la persistance de l'abcès plutôt que sa récurrence et nécessitant un second drainage, est de 6 %. A posteriori nous aurions dû poursuivre le drainage un peu plus longtemps ou le mettre en aspiration pour vaincre les pressions négatives de certaines zones de l'hypochondre droit. Notre option était de retirer le drain au bout d'une semaine même s'il persistait à l'échographie une petite collection qui, on le sait, peut se tarir avec le traitement médical. L'équipe gabonaise rapporte 1 cas de récurrence sur 9 patients, soit 11,1 %, survenue au dixième jour après ablation du drain (7). Nous pensons qu'il s'agissait d'une persistance de la collection abcédée plutôt que d'une véritable récurrence car la durée moyenne du drainage était de 3 jours dans leur étude. Ce délai nous paraît court d'autant plus qu'il s'agit d'abcès avec un diamètre très important. Delattre *et al.* rapportent un taux d'échec de 10 % avec la méthode de Seldinger (10).

Conclusion

Le retard diagnostique lié au long délai de consultation est à l'origine de la taille très importante des abcès que nous observons. Leur taille importante et leur siège superficiel étant des facteurs de risque de rupture justifient leur évacuation dans notre contexte. La technique de « l'hépatotomie a minima » que nous réalisons donne de bons résultats avec un taux de succès élevé.

Références

1. Chung YF, Tan YM, Lui HF, Tay KH, Lo RH, Kurup A, *et al.* Management of pyogenic liver abscesses : percutaneous or open drainage ? *Singapore Med J* 2007 ; 48 : 1158-65.
2. Zerem E, Hadzic A. Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic liver abscess. *AJR Am J Roentgenol* 2007 ; 189 : W138-42.
3. Ortiz-Sanjuán FM, Devesa Jordà F, Ferrando Ginestar J, Ferrando I, Borghol A, Gutiérrez J. Amebic liver abscess: medical treatment or percutaneous aspiration ? *Gastroenterol Hepatol* 2007 ; 30 : 399-401.
4. Yu SC, Ho SS, Lau WY, Yeung DT, Yuen EH, Lee PS, *et al.* Treatment of pyogenic abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Hepatology* 2004 ; 39 : 932-8.
5. Tan YM, Chung AY, Chow PK, Cheow PC, Wong WK, Ooi LL *et al.* An appraisal of surgical and percutaneous drainage for pyogenic liver abscesses larger than 5 cm. *Ann Surg* 2005 ; 241 : 485-90.
6. Ka MM, Ndiaye MF, Fall B, Niang EH, Herve P, Niang A *et al.* Apport de l'échographie au diagnostic de rupture d'abcès du foie (A propos de 4 observations). *Dakar Med* 1991 ; 36 : 127-32.
7. Nguema-Mve R, Graesslin O. Traitement des abcès amibiens du foie par le drainage percutané. *Med Afr Noire* 1997 ; 44 : 36-9.
8. Dupont-Gossart AC, Delabrousse E, Bresson-Hadni S. Un abcès amibien par pro-curation. *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28 : 1142-6.
9. Alvarez Pérez JA, González JJ, Baldonado RF, Sanz L, Carreño G, Junco A *et al.* Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. *Am J Surg* 2001 ; 181 : 177-86.
10. Delattre JF, Lubrano D, Levy-chazal N, Palot JP, Flament JB. Le drainage percutané dans les collections de l'abdomen. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2003 ; 2 : 50-4.