



JAIM

ISSN 1810-4959

Journal Africain  
d'Imagerie Médicale

## FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

## Imagerie médicale au cours d'une triple comorbidité non usuelle associant abcès du foie, pyothorax et péricardite

*Medical imaging during an unusual triple comorbidity combining liver abscess, pyothorax and pericarditis*

ZANGA Soré Moussa<sup>1\*</sup>, NAPON Aïsha Madina<sup>1</sup>, OUATTARA Boubacar<sup>2</sup>, COULIBALY Aboubacar<sup>3</sup>, BEREHOUDOU-GOU-KABORE Cherlyn<sup>1</sup>, KAFANDO Mathieu<sup>1</sup>, KONE-SIGUE Massara<sup>4</sup>, LOUGUE-SORGHO Léonie Claudine<sup>1</sup>

<sup>1</sup>: Service de radiologie CHU pédiatrique Charles De Gaulle BP 1198 Ouagadougou

<sup>2</sup>: Service de radiologie CHU Yalgado Ouédraogo BP 7022 Ouagadougou

<sup>3</sup>: Service de gastro-entérologie CHU Yalgado Ouédraogo BP 7022 Ouagadougou

<sup>4</sup>: Service de radiologie CHR de Dori

**Mots-clés :**

Abcès amibien; Foie ;  
Péricardite ; Imagerie  
médicale

**Keywords:**

Amoebic abscess; Liver;  
Pericarditis; Medical  
imaging.

**\*Auteur****correspondant**

Dr ZANGA Soré Moussa  
CHU pédiatrique Charles De  
Gaulle de Ouagadougou. 01 BP  
1198 Ouagadougou 01. Tél  
00 226 70 23 14 34 ; E-mail :  
zasomo@yahoo.fr

**RÉSUMÉ**

Un cas de péricardite amibienne associée à un pyothorax gauche chez un enfant de 6 ans, compliquant un abcès du foie, a été diagnostiqué et traité avec succès. Nous rapportons ce cas pour illustrer sa rareté mais surtout l'apport de l'imagerie dans le diagnostic, la prise en charge et le suivi thérapeutiques de cette pathologie dans un cadre multi disciplinaire. Une radiographie thoracique réalisée chez ce patient a montré une cardiomégalie, un épanchement pleural gauche et l'échographie abdominale, une hépatomégalie siège d'un abcès suppuratif des segments II et III, fistulisant dans le péricarde. L'échocardiographie doppler a révélé une péricardite avec un épanchement de grande abondance. Une ponction du liquide péricardique avec étude cytotabériologique a confirmé l'origine amibienne de l'abcès. Une triple antibiothérapie a été instituée et un drainage chirurgical des différentes collections a été immédiatement effectué. Les suites opératoires étaient favorables en 28 jours.

**ABSTRACT**

A case of amoebic purulent pericarditis associated with left pyothorax in a 6-year-old child complicating liver abscess has been diagnosed and successfully treated. We report this case to illustrate its rarity but especially contribution of imaging in diagnosis, management and therapeutic monitoring of this condition in a multidisciplinary manner. Chest X-ray of the patient showed enlarged cardiac silhouette with a globular contour suggestive of a pericardial effusion and left pleural effusion. Abdominal ultrasound scan demonstrated enlarged liver due to suppurative abscess of segments II and III fitted with a fistulous tract into pericardium. Doppler echocardiography scan noted very large purulent pericardial effusion. Pericardiocentesis was performed and cytobacteriological test of pericardial fluid confirmed presence of Entamoeba histolytic. Triple antibiotic therapy was instituted and surgical drainage of the different collections was performed immediately. The follow-up surgery was favourable in 28 days.

## 1. Introduction

L'abcès amibien du foie est une affection fréquente en milieu tropical et sa survenue chez l'enfant n'est pas exceptionnelle [1, 2, 3]. Elle est liée au manque d'hygiène, l'amibiase étant une maladie à transmission oro-fécale sévissant en mode endémique dans les pays tropicaux [4]. Kodjoh et coll affirment que l'abcès amibien du foie est plus fréquent chez l'adolescent et chez l'adulte jeune tandis que selon Tanmani et coll, l'abcès du foie à pyogènes prédominerait chez l'enfant [5, 6]. Il s'agit de la plus fréquente des infections extra-intestinales due à complication due to *Entamoeba histolytica* infection. *Entamoeba histolytica*. Si l'une des complications fréquente de cette pathologie est la rupture de l'abcès dans les cavités péritonéale ou pleurale, sa rupture dans la cavité péricardique, plus rare, est la complication la plus redoutable avec le risque de tamponnade, souvent mortelle. L'imagerie joue un rôle important dans le traitement de l'abcès amibien hépatique et de ses complications dont le protocole apparaît simple : il s'agit de traiter médicalement la cause et d'évacuer la collection suppurée. Cette évacuation peut être chirurgicale ou percutanée grâce au guidage par échographie ou par tomodensitométrie [1, 2].

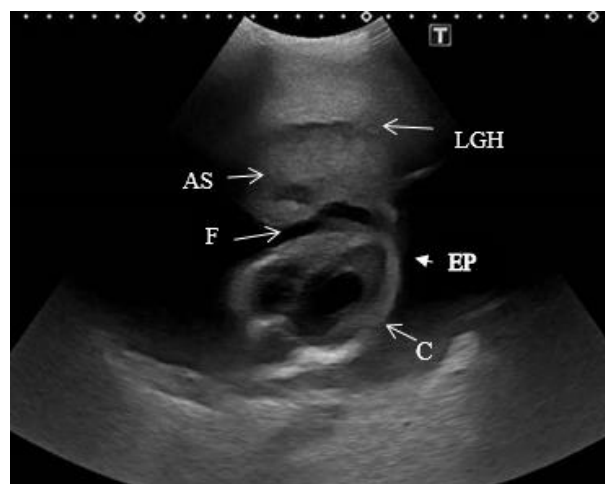
Nous rapportons un cas de péricardite amibienne associée à un pyothorax compliquant un abcès amibien du foie gauche chez une patiente de 6 ans qui a été traitée avec succès grâce à une prise en charge multidisciplinaire entre radiologues, pédiatres et chirurgiens.

## 2. Observation

S.E., âgée de six ans, sans antécédent médicaux et chirurgicaux connus, est admise au service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique-Charles De Gaulle de Ouagougou pour douleurs abdominales et thoraciques évoluant depuis 03 jours dans un contexte fébrile. L'examen clinique à l'entrée a noté une température à 39.3°, et une tachycardie à 114 battements cardiaques par minute. Il s'associait une dyspnée de décubitus. La patiente présentait un bon état général stade II de l'OMS et un bon état de conscience. L'examen des appareils a mis en évidence à la palpation une hépatomégalie douloureuse à bord inférieur moussé, un syndrome d'insuffisance cardiaque droite et un syndrome d'épanchement pleural basal gauche.

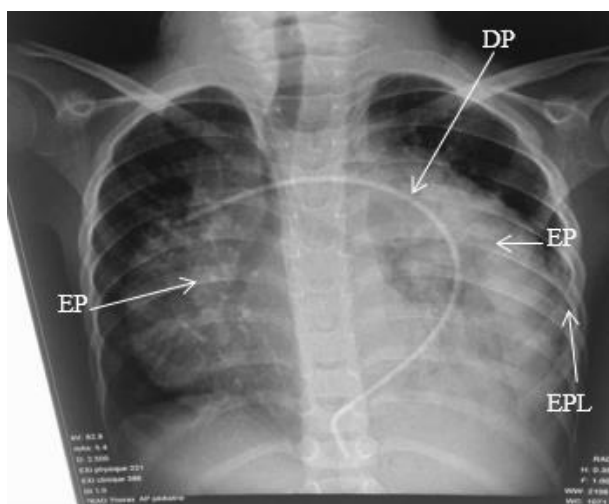
L'échographie abdominale réalisée, a montré une hépatomégalie hétérogène, siège d'une formation ovalaire hétérogène des segments II et III, à contours irréguliers, peu nets et mal limités. Elle était de composante mixte, avec une zone périphérique tissulaire

modérément hyperéchogène, et une zone centrale hypoéchogène liquidienne épaisse (dont le volume était estimé à 789 ml). Cette formation ne présentait pas de flux vasculaire au doppler couleur et son aspect a fait évoquer à priori un abcès suppuré du lobe gauche hépatique. Cette exploration échographique a permis de voir en dynamique et à l'aide du doppler couleur une fistulisation de la collection abcédée dans le médiastin à travers un pertuis dont le diamètre a été mesuré à 2,4 mm (**Figure 1**).



**Figure 1** : Echographie abdominale, coupe récurrente au niveau du foie gauche montrant l'abcès fistulisant dans le péricarde. Lobe gauche hépatique (LGH) ; Abcès suppuré (AS); Epanchement pleural (EP) ; Fistule (F); Cœur (C)

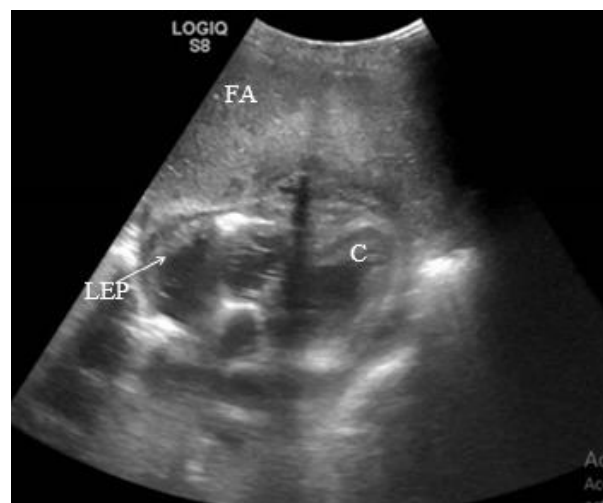
Il s'associait la présence dans le collet vésiculaire, d'un amas de petites formations punctiformes hyperéchogènes avec cône d'ombre postérieure, compatibles avec des micro lithiases vésiculaires non obstructives. La rate apparaissait augmentée de taille (137 mm de grand axe en avant du rein gauche), d'échostructure homogène et de contours réguliers. L'échographie doppler cardiaque a retrouvé une péricardite caractérisée par un épanchement hétéroéchogène (anéchoïque et échogène) de grande abondance, circonférencielle avec « swinging heart » ou aspect de « cœur dansant » associée à une adiaastolie. La radiographie thoracique de face a montré une cardiomégalie à grand axe transversal, à contours réguliers, associée à une opacité de tonalité hydrique de la base pulmonaire gauche, qui effaçait partiellement les contours cardiaques homolatéraux; il s'associait une discrète ligne bordante pleurale homolatérale et ces aspects ont fait évoquer un épanchement pleural gauche de moyenne abondance (**Figure 2**).



**Figure 2:** Radiographie thoracique de face montrant un élargissement de la silhouette cardio- médiastinale et un comblement du cul-de-sac pleural gauche. Epanchement pleural (EPL) ; Epanchement péricardique (EP) ; Drain pleural (DP).

Ces épanchements péricardiques et pleural gauche étaient vraisemblablement en rapport avec une fistulisation péricardique et pleurale de l'abcès hépatique gauche suppuré. Les paramètres biologiques montraient une hyperleucocytose à 22 400 GB/mm<sup>3</sup> (avec 52% de neutrophiles), des globules rouges à 4.25 x 10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup> et un taux d'hémoglobine à 10.8g/dl. Une ponction péricardique écho-guidée à l'aiguille par voie sous xiphoidienne a ramené du pus franc chocolaté dont la culture et la sérologie évoqueront ultérieurement une origine amibienne de l'abcès. Un drain péricardique mis en place au niveau du point de ponction a permis d'évacuer 96 ml de liquide purulent en trois jours contribuant ainsi à rétablir un bon état hémodynamique. Le diagnostic de péricardite amibienne associée à un pyothorax compliquant un abcès amibien du foie gauche a été évoqué. Une laparotomie immédiatement réalisée, par abord sous costal gauche, a permis d'inciser la poche d'abcès hépatique et d'évacuer 500 ml de liquide purulent. Les suites opératoires étaient simples et un nouveau drain, mis en place et laissé pendant 14 jours, a permis d'évacuer environ 1105 ml de pus provenant du foyer d'abcès hépatique, des liquides d'épanchement péricardique et pleural gauche. Le traitement médical précocement institué dès l'admission de la patiente, a consisté en l'administration de métronidazole initialement par voie intraveineuse (1g : jour), puis per os (1 g/jour), de ceftriazone par voie intraveineuse (1g/jour), puis per os (céfixime 1g : jour) et de paracétamol par voie intraveineuse puis per os (1g/jour) pendant 26 jours. L'évolution clinique a été favorable,

avec un assèchement progressif des épanchements péricardique, pleural gauche et une cicatrisation de l'abcès hépatique, contrôlés à l'échographie abdominale et à l'échographie doppler cardiaque aux 12<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 28<sup>ème</sup> jours d'hospitalisation (**Figures 3 et 4**). La patiente déclarée guérie, a été libérée après 32 jours d'hospitalisation ; elle été revue et suivie pendant 4 mois. L'évolution sur le plan clinique et radiologique est restée satisfaisante.



**Figure 3:** Echographie abdominale de contrôle, coupe récurrente au niveau du foie gauche, montrant une cicatrisation en cours du foyer d'abcès. Foyer d'abcès (FA) ; Lame d'épanchement péricardique (LEP) ; Cœur (C).



**Figure 4:** Radiographie thoracique de face de contrôle normale: silhouette cardio-médiastinale de taille normale, absence d'épanchement pleural

### 3. Discussion

Parmi les péricardites purulentes, les péricardites amibiennes constituent une entité peu fréquente, mais qui mettent rapidement en jeu le pronostic vital. Si l'étiologie amibienne est facilement évoquée en présence d'un abcès amibien hépatique associé tel que dans notre cas, le diagnostic est plus délicat en l'absence d'abcès du foie ou lorsque celui-ci est passé inaperçu. Le fait que notre patiente soit originaire d'une zone d'endémie amibienne, l'aspect café au lait ou chocolat et le caractère « amicrobien » du pus drainé ont été autant d'éléments évocateurs. En outre la positivité des tests sérologiques et l'efficacité thérapeutique spectaculaire du métronidazole ont confirmé le diagnostic. La présentation de la péricardite amibienne évolue le plus souvent sur un mode aigu avec effraction brutale intra péricardique d'un abcès amibien du foie [7]. La rupture de l'abcès du foie survient le plus souvent dans la plèvre, le poumon ou le péritoine et plus rarement dans le sac péricardique ou dans les viscères abdominaux. La rupture directe d'un abcès amibien à travers le péricarde est si rare qu'elle ne représentait que 2,8% des 689 cas d'abcès hépatiques amibiens rompus rapportés par Vergoz et Hermanjat Guerin [8]. Carter et Korones ont signalé un cas en 1950 et n'ont pu trouver que 58 rapports de cas publiés depuis 1885. Le diagnostic de péricardite amibienne a été établi au cours de la vie dans seulement 2 des 44 cas prouvés [9]. Macleod et coll ont trouvé 34 cas supplémentaires signalés de 1950 à 1965. La rareté de l'atteinte péricardique chez les patients en particulier chez l'enfant présentant une infection amibienne clinique est donc apparente. La péricardite amibienne, bien que moins fréquente, est la complication la plus dangereuse de l'abcès hépatique amibien. Cette complication peut survenir à tous les âges, les patients les plus vulnérables étant ceux des quatorzième et cinquième décennies et contrairement à notre cas il existe généralement une nette prédominance masculine.

La proximité de la poche d'abcès des segments II et III du foie avec le médiastin chez notre patiente a pu expliquer la fistulisation de la collection suppurée dans le péricarde et la plèvre gauche. La plupart des complications péricardiques dues à la maladie proviennent du lobe gauche qui est en anatomie directe avec le cœur et ses membranes. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une complication d'un abcès superficiel du lobe supérieur gauche [10]. Bien qu'extrêmement rare chez l'enfant, elle revêt un mauvais pronostic avec une issue fatale si le diagnostic et la prise en charge thérapeutique ne sont pas réalisés précocement.

Le délai de prise en charge thérapeutique chez notre patiente a été rapide, impliquant radiologues, pédiatres et chirurgiens pédiatres avec un traitement médical entrepris dès l'admission au regard des premiers

résultats biologiques. Le drainage péricardique sous guidage échographique de l'épanchement, de même que celui de l'abcès hépatique réalisés peu de temps après le bilan radiologique a permis d'évacuer initialement une bonne quantité de collection purulente (environ 596 ml de pus) et de restituer immédiatement un bon équilibre hémodynamique. La tolérance à l'épanchement péricardique est mieux appréciée sur des critères échocardiographiques. Dans la plupart des cas, l'évolution se fait vers la tamponnade si l'évacuation de l'épanchement compressif par ponction (ou drainage comme dans notre cas) per cutanée n'est pas réalisée dans les meilleurs délais [7]. A moyen terme, il convient de surveiller une telle complication pour éviter l'évolution vers une péricardite constrictive ce qui a justifié le suivi de notre patiente pendant quatre mois tant sur le plan clinique que radiologique.

### 4. Conclusion

La péricardite amibienne est une complication rare mais redoutable de l'abcès amibien du foie du fait du risque majeur qu'est la tamponnade. Si l'association pleuro-pneumopathie droite et abcès hépatique est de coutume, la coexistence d'une péricardite est rare et augmente le risque de morbi-mortalité par tamponnade ou constitution d'une cardiopathie constrictive. Une prise en charge médicale efficiente de cette pathologie et de ses complications requiert un diagnostic précoce et un suivi évolutif qui reposent sur l'imagerie. Cette prise en charge doit être multidisciplinaire, associant radiologues, pédiatres et chirurgiens.

### Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### 5. Références

1. Atioui D, Kabiri EH, Amil T, Souad C, Hanine A, Janati M, Benameur M, Bokki K. Les abcès du foie : apport de l'imagerie. *Médecine du Maghreb*. 1995;(54):1-6.
2. Raynal M, Cazejust J, Azizi L, Bessoud B, Monnier-Cholley L, Arrivé L, Menu Y. Apport de la diffusion dans le diagnostic des abcès hépatiques versus tumeurs nécrotiques. *J Radiol*. 2009;90(10):1296.
3. N'gbesso R, Ouattara N, N'goan AM, Keita K, Djédjé AT. Ponction évacuatrice écho-guidée des volumineux abcès amibiens hépatiques. *Revue d'imagerie médicale*. 1994;6(6):345-8
4. Guittet V, Ménager C, Missotte I, Duparc B, Verhaegen F, Duhamel J-F. Les abcès hépatiques de l'enfant : étude

rétrospective de 33 cas observés en Nouvelle-Calédonie de 1985 à 2003. Arch Pediatr. 2004;11(9):1046–53. [\[PubMed\]](#)

5. Kodjoh N., Hountondji A. Les abcès amibiens du foie: à propos de 42 observations colligées dans les services médicaux du CNHU de Cotonou. Médecine d’Afrique Noire, 1991, 38: 185 – 189

6. Tamnam S., Pariente D., Miaux Y., Chaumont P. Abcès hépatique chez l’enfant. Arch. Fr. Pediatr. 1992, 49: 288 - 289.

7. Fourcade L. De péricardite amibienne. Med Trop.2002 ;62(1): 22

8. Vergoz et Hermenjat-Gerin. De la rupture des abcès du foie dans les cavités séreuses (plèvre, péritoine, péricarde). Rev. de chir. 1932, 51: 680-734.

9. Carter M G. et Korones S B. Amoebic Pericarditis. Review of the Literature and Report of a Case. New Eng. J. Med., 1950, 242:390-394.

10. Macleod IN, Wilmot AJ et coll., Quart J. Amoebic pericarditis. Quart J Med 1966, 35 : 293-311.