



## Abcès du foie

[Dans quelles circonstances peut se développer un abcès du foie \(en dehors de l'amibiase\) ?](#)

[Comment fait-on le diagnostic d'abcès du foie à pyogène ?](#)

[Quel est le traitement de l'abcès du foie ?](#)

[Les infections bactériennes peuvent-elles toucher le foie ?](#)

### 6.21.1. Dans quelles circonstances peut se développer un abcès du foie (en dehors de l'amibiase) ?

Une suppuration hépatique peut compliquer un foyer infectieux du territoire portal, une infection biliaire, une septicémie, un déficit immunitaire, le diabète. Dans un cas sur deux environ, la cause n'est pas trouvée. La surinfection d'une lésion préexistante peut donner un tableau analogue.

Les germes en cause sont souvent des Gram négatifs d'origine entérique, des anaérobies, du streptocoque, du staphylocoque doré.

### 6.21.2. Comment fait-on le diagnostic d'abcès du foie à pyogène ?(figure 41)

C'est le plus souvent progressivement que s'installent: une douleur de la région hépatique, continue, avec inhibition respiratoire, souvent vive, de la fièvre, une altération rapide de l'état général. L'hypochondre droit est douloureux à la palpation et à l'ébranlement. On peut trouver un gros foie. C'est l'échographie qui confirme l'abcès en montrant une ou plusieurs zones hypo ou anéchogènes. Une polynucléose neutrophile importante est trouvée. Les tests hépatiques sont souvent anormaux. L'hémoculture peut trouver un germe. C'est plus souvent la ponction sous échographie qui permettra de l'isoler.

### 6.21.3. Quel est le traitement de l'abcès du foie ?

Si les circonstances évoquent l'amibiase, un traitement par métronidazole est indiqué. La ponction n'est pas nécessaire. Si l'amibiase est peu probable ou si le métronidazole est sans effet, il faut ponctionner le pus pour l'évacuer, identifier un germe et déterminer l'antibiothérapie efficace.

### 6.21.4. Les infections bactériennes peuvent-elles toucher le foie ?

On observe une cholestase anictérique ou même avec ictère, avec peu ou pas de cytolyse, sans insuffisance hépatique, dans la plupart des infections bactériennes sévères. L'âge jeune, l'infection à bacilles Gram--, une atteinte rénale, une hémolyse sont des facteurs prédisposants. Cette cholestase est un signe classique des leptospiroses et, associée à l'hémolyse, des septicémies à *Cl. perfringens*. Elle peut se voir aussi dans le choc staphylococcique, la fièvre récurrente, la listériose, l'infection à *Shigella*, à *Campylobacter*, la syphilis secondaire. Une infiltration inflammatoire et/ou des granulomes, sans signe clinique et avec des perturbations enzymatiques mineures, peuvent être observés dans de nombreuses infections: tuberculoses, mycobactéries atypiques, lèpre, BCGite, typhoïde, listériose, rickettsioses, fièvre Q, chlamydiasés, maladie des griffes du chat, légionellose, brucellose, mélioirose, la maladie de Lyme, ainsi qu'au cours de mycoses généralisées. L'immunodépression favorise ces atteintes qui peuvent parfois donner un ictère.

La syphilis tertiaire donne outre des granulomes, des gommés pseudo-tumorales.

La gonococcie, les chlamydiasés, peuvent donner des péri-hépatites simulant des syndromes abdominaux aigus.