



ABCES DU FOIE : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PR BOCAR SIDY SALL DE KATI (MALI)

LIVER ABSCESS : EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS AT THE PR BOCAR SIDY SALL UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN KATI (MALI)

A Diarra*, K Keita*, A Traoré**, A Koné*, I Guindo****, I Tounkara*, B Karembé**, M Konaté**, B Bengaly**, I Traoré*, S Koumaré*, O Coulibaly****, T Ongoïba*, M Togola***, M Diakité****, M Traoré*, I Konaré*, D Diallo****, B Dembelé*, A Togo**.

*Service de Chirurgie Générale CHU BSS de Kati

** Service de Chirurgie Générale CHU Gabriel Touré

*** Service d'Anesthésie et de Réanimation CHU BSS de Kati

****Service d'Imagerie CHU BSS de Kati

Correspondant: Diarra Abdoulaye maître de conférences agrégé de chirurgie générale, email :

abdoulayeg2004@yahoo.fr, Tel : 0022379447503

Résumé :

Introduction : L'abcès hépatique est défini comme une cavité suppurée en rapport avec l'invasion et la multiplication de micro-organismes aux dépens du tissu hépatique sain ou pathologique.

Objectifs :

Les objectifs étaient de déterminer la fréquence hospitalière de l'abcès du foie ; de décrire les aspects cliniques, para cliniques et d'évaluer les résultats du traitement.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée sur 11 ans, allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 décembre 2022 réalisée dans le service de chirurgie générale au CHU Pr BSS de Kati.

Résultats : Sur 2799 admissions, 103 cas d'abcès du foie ont été colligés, soit une fréquence hospitalière de 3,7 %. L'âge moyen était de 38,8 ans avec un sex-ratio de 2,9. Les signes cliniques les plus fréquents étaient : la fièvre observée chez 80,6% des patients (n=83), les nausées chez 64,1%

(n=66), les vomissements chez 43,7% (n=45), l'hépatomégalie douloureuse chez 80,6% (n=83). Les collections visualisées à l'échographie abdominale étaient localisées dans le lobe droit dans 70,9% des cas, et étaient uniques dans 67% des cas.

La sérologie amibienne, réalisée chez 75 patients, était positive chez 54,4% d'entre eux (n=56). Le traitement médical a été exclusif dans 24 cas (23,3%). Une ponction évacuatrice écho-guidée a été nécessaire dans 68 cas (66%), et la chirurgie a été pratiquée dans 11cas (10,7%).

Conclusion : L'abcès du foie est une pathologie fréquente en pratique hospitalière en milieu chirurgical. Le diagnostic est évoqué devant la triade de Fontan. L'imagerie (échographie ou scanner) permet de confirmer le diagnostic et de guider le traitement. Celui-ci est médico-chirurgical et instrumental. Le pronostic est favorable lorsque la prise en charge est précoce et adaptée

Mots clés : Abcès du Foie, CHU BSS, Kati Mali.

Summary:

Introduction : Hepatic abscess is defined as a purulent cavity associated with the invasion and multiplication of microorganisms at the expense of healthy or pathological hepatic tissue. **Objectives :** Were to determine the hospital frequency of liver abscess; to describe the clinical and paraclinical aspects and to evaluate the treatment outcomes.

Methodology: This was a retrospective study spanning 11 years, from January 1, 2012, to December 31, 2022, conducted in the general surgery department at CHU Pr BSS in Kati. **Results:** Out of 2799 admissions, 103 cases of liver abscesses were recorded, representing a hospital frequency of 3.7%. The average age was 38.8 years with a sex ratio of 2.9. The most frequent clinical signs were fever in 80.6% (n=83), nausea in 64.1%

Introduction :

L'abcès hépatique est défini comme une cavité suppurée en rapport avec l'invasion et la multiplication de micro-organismes aux dépens du tissu hépatique sain ou pathologique [1].

C'est une pathologie relativement rare, dont d'incidence difficile à déterminer. Toutefois, la fréquence semble augmenter avec l'âge et le terrain (immunodépression) [2]. Aux Etats-Unis, l'incidence des abcès du foie varie de 1 à 15 pour 100000 habitants [3]. En Asie du sud-Est, l'amibiase survient chez 15% des porteurs sains et elle est responsable de 25% de cas d'abcès du foie. En Afrique, en Côte d'Ivoire et au Burundi, l'abcès amibien du foie est responsable respectivement de 1,9% et 1,3% des hospitalisations [4]. Au Mali, Koumaré S. a rapporté une fréquence d'hospitalisation de 0,33% [5]. Il s'agit principalement d'une pathologie touchant les sujets d'âge moyen

(n=66), vomiting in 43.7% (n=45), and painful hepatomegaly in 80.6% (n=83). The collections observed on abdominal ultrasound were located in the right lobe in 70.9%, and were single in 67%. The amoebic serology performed on 75 patients was positive in 54.4% (n=56). Medical treatment was exclusive in 24 cases, or 23.3%; an ultrasound-guided drainage puncture was necessary in 66% (n=68) of cases, and surgery was performed in 10.7% (n=11).

Conclusion : Liver abscess is a common pathology in hospital practice in a surgical setting. The diagnosis is suggested by the Fontan triad. Imaging (ultrasound or CT scan) allows for the confirmation of the diagnosis as well as treatment. The treatment is medical-surgical and instrumental. The prognosis is favorable when management is early and adequate.

Keywords : Liver Abscess, CHU BSS Kati Mali.

(50 à 60 ans), probablement en raison de la prévalence plus élevée des maladies des voies biliaires dans cette tranche d'âge. Ces affections constituent actuellement la première cause d'abcès hépatique [6]. Environ la moitié des patients présentent un abcès isolé et l'autre moitié des abcès multiples. La localisation des abcès est variable [7]. On retrouve une prédominance masculine pour les abcès cryptogénétiques et ceux d'origine portale, et une prédominance féminine pour les abcès d'origine biliaire. Les abcès multiples sont le plus souvent d'origine biliaire [8]. Les abcès hépatiques sont de cause bactérienne, parasitaire, et plus rarement fongique [9]. Les complications sont dominées par les angiocholites et les péritonites. Les examens biologiques et les examens morphologiques du foie permettent de poser le diagnostic sans grande difficulté dans la plupart des cas [9]. Le traitement repose principalement sur l'antibiothérapie et

le drainage écho-guidé, mais la chirurgie peut s'avérer nécessaire dans certains cas. Le pronostic dépend des comorbidités, de la rapidité du diagnostic, de la qualité de la prise en charge et du germe en cause. Compte tenu de la fréquence élevée de cette pathologie dans notre contexte et de l'absence d'étude sur sa prise en charge thérapeutique au CHU Pr BSS de KATI, nous avons initié ce travail.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte de données rétrospective qui s'est déroulée sur une période de onze (11) ans allant du 1^{ère} janvier 2012 au 31 décembre 2022. Le service de chirurgie générale du CHU Pr Bocar Sidy Sall (BSS) de Kati a servi de cadre à cette étude. Elle a concerné tous les patients admis et pris en charge dans le service pour un abcès du foie, avec un diagnostic confirmé par les examens paracliniques pendant la période d'étude. Une fiche analytique a été établie, permettant l'étude des paramètres suivants : l'âge et le sexe des patients ; les signes cliniques et les comorbidités associées, les examens complémentaires, le traitement instauré (qu'il soit médical, écho guidé ou chirurgical) ainsi que l'évolution des patients. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26. Le traitement de texte et la réalisation des graphiques ont été effectués respectivement à l'aide de Microsoft world office 2016 et d'Excel 2016.

Résultats :

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 103 cas d'abcès du foie, soit 1.5% des consultations (103/6688) ; l'abcès du foie a représenté 3.7% des hospitalisations (103/2799), soit en moyenne 09 cas par an, et 1.2% des urgences chirurgicales (103/685). L'âge moyen était de 38,8 ans avec un écart-type de 2,1, et des extrêmes de 14 et 72ans. Le sex-ratio était de 2,9. Un antécédent de dysenterie était présent chez 12,6 % des patients. Les patients étaient alcoo-tabagiques dans 21,4% des cas (n=22). La

mauvaise hygiène de vie et la promiscuité étaient identifiées comme facteurs de risque dans 68% des cas (n=70). Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient la douleur abdominale (93,2 %, n=96) et les nausées (64,1%, n=66). La douleur abdominale était localisée à l'hypochondre droit dans 71,8% des cas (n=74). Son irradiation en bretelle était retrouvée dans 26,2% (n=27) des cas. Elle était d'intensité modérée dans 57,3% des cas (n=59) . La fièvre était le signe général le plus constant 95,1% (n=98). Les patients étaient classés ASA I dans 73,8% des cas (n=76). L'indice de performance OMS était estimé grade II dans 66% des cas (n=68). L'abdomen était souple dans 64,1% des cas (n=66). Une hépatomégalie douloureuse était notée dans 80,6% (n=83) des cas. Une contracture abdominale était présente chez 6,8% des patients (n=7). Une défense abdominale localisée à l'hypochondre droit était notée dans 76,6% des cas (n=81). L'échographie a été réalisée chez tous les patients. Le lobe droit était le siège de l'abcès dans 70,9% des cas (n=73), et le foyer de l'abcès était unique dans 74,8% des cas (n=77). Le tableau I montre la répartition des patients selon le siège de l'abcès, et le tableau II celle selon le volume de l'abcès à l'échographie. La figure I illustre l'image échographique d'un abcès du segment VIII.

La radiographie thoracique, non systématique, a révélé une ascension de l'hémi-coupole diaphragmatique droite dans 6,8% des cas.

Une TDM abdominale a été réalisée chez 18,4% des patients. Une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile a été retrouvée dans 73,8% des cas (n=76), une anémie dans 10,7% des cas (n=11). La CRP était élevée dans 91,3% des cas (n=94). La sérologie amibienne était positive chez 54,4% des patients (n=56), et 12,6% (n=13) présentaient une infection à VIH. La culture du pus était stérile dans 67,8% des cas (n=57). Les

antalgiques de palier 1 étaient utilisés dans 89,3% des cas. Les principales molécules utilisées en antibiothérapie étaient les céphalosporines de 3ème génération (17,5%, n=18) et les imidazolés (54,4%, n=56) Ces molécules étaient associées dans 28,2% des cas (n=29). L'aspirations par ponction écho guidée a été réalisée dans 66% des cas (n=68). Le tableau III présente la répartition des patients selon le type de traitement. L'aspect du pus était brun chocolaté dans 83,8% des cas.

La péritonite par rupture d'abcès était l'indication chirurgicale la plus fréquente, dans 72,7% des cas opérés (n=8). Le tableau IV montre la répartition des patients selon les indications chirurgicales.

Les suites opératoires ont été simple dans 90,9% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était 9,1 jours, avec un écart type de 2,8 jours et les extrêmes de 3 jours et 17 jours. La résorption de l'abcès a été retrouvée à l'échographie de contrôle à j7 dans 75,7% des cas et à j30 dans 81,5% des cas. La morbidité globale était de 7,8% et la mortalité de 1,9%.

DISCUSSION

Les abcès du foie sont une pathologie fréquente en milieu tropical. Dans notre étude nous avons enregistré 09 cas par an soit une fréquence hospitalière de 3,7%. Ce résultat est comparable à celui de Koumaré S au Mali qui a rapporté une fréquence hospitalière de 5% [5]. L'abcès du foie peut survenir à tout âge. Dans notre étude l'âge moyen était 39 ans. En France Lafont dans son étude rapportait un âge moyen de 60 ans [10]. Cette différence pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population africaine contrairement à la population européenne, qui est plus âgée. La prédominance masculine a été rapportée par tous les auteurs [10, 11, 12], notre étude n'a pas fait exception, tout comme les autres séries

africaines [5, 13, 14]. Cette prédominance masculine peut s'expliquer par le fait que les femmes sont souvent plus soucieuses des règles d'hygiène. D'autres auteurs considèrent aussi que les hormones sexuelles féminines et la réponse immunitaire comme facteurs protecteur [15]. La forme classique de l'abcès du foie associe hépatomégalie douloureuse et fébrile, correspondant à la Triade de Fontan. L'hyperthermie est un signe quasi-constant selon la littérature, mais à des degrés différents d'une étude à une autre [14, 15, 16]. Dans notre série, 95,1% des patients présentaient de la fièvre et 93,2% des douleurs abdominales. Ces chiffres sont supérieurs à ceux rapportés par de S Lodhi au Pakistan qui retrouvait respectivement 87% et 67% ($P < 0.05$), probablement en lien avec une taille d'échantillon plus importante [11]. L'abcès du foie est plus souvent localisé dans le lobe droit. Dans notre étude le lobe droit était atteint dans 70,9% des cas ; le lobe gauche dans 18,4% des cas et les deux lobes dans 10,7% des cas. Ce résultat ne diffère pas statistiquement de ceux de la littérature [12, 16]. Cette localisation préférentielle du lobe droit pourrait s'expliquer par le fait qu'il constitue une masse tissulaire plus importante que celle du lobe gauche, le flux sanguin veineux plus important à droite qu'à gauche et la miction imparfaite dans la veine porte des flux provenant de la veine mésentérique supérieure et de la veine splénique : l'un s'écoule de manière sélective vers le lobe droit, l'autre vers le lobe gauche. L'abcès hépatique peut être unique ou multiple [2]. L'abcès hépatique unique a été plus fréquent dans notre étude avec 70,9% sans différence statistique avec celui de Weinke [15]. En raison de l'élévation du coût et de la non disponibilité de la sérologie amibienne dans notre établissement, l'examen n'a pu être effectué que chez 75 patients. Parmi eux, 56 ont présenté une sérologie positive (56,3%) et 19 une sérologie négative (18,4%). Cette sérologie

permet de rechercher une surinfection ou de distinguer un abcès amibien d'un abcès bactérien [2]. La culture du pus a été réalisée chaque fois qu'une ponction diagnostique ou une ponction évacuatrice écho guidée avait été effectuée. Elle a révélé une culture stérile dans 55,3% des cas. Cette stérilité s'expliquerait par le fait que l'amibe adhère à la paroi tissulaire et ne se retrouve pas dans le pus. Des études ont montré une augmentation de l'incidence de l'abcès du foie avec la pandémie du VIH/SIDA [17, 18, 19]. Dans notre étude 24 patients soit 23,3% ont été traités médicalement. Ce résultat diffère de celui de Djossou [20] et de Donikian [21] $p < 0,05$. Les indications du traitement médical de l'abcès amibien par le métronidazole ont été : absence de signe de complication, taille inférieure à 10cm et siège d'accès difficile. Les indications du traitement médical de l'abcès à pyogène ont été : taille inférieure à 5cm, siège d'accès difficile et ou multiple. L'antibiothérapie était secondairement adaptée au germe isolé. Cette approche thérapeutique a été également adoptée par d'autres auteurs [21, 22]. L'effet thérapeutique a été évalué cliniquement au bout de 48 à 72 heures et a révélé une efficacité chez 24 patients soit 23,3% dans notre étude. Un traitement adjuvant (antalgiques /antipyrétiques et apport hydro électrolytique) a été justifié chez certains de nos patients. La ponction évacuatrice écho guidée est un moyen thérapeutique très répandu de nos jours [22, 23]. Dans notre étude la ponction écho guidée a été effectuée chez 66 % de nos patients. Ce résultat est statistiquement comparable à ceux de Badaoui et Kahn [22, 24]. En effet, l'indication de cette technique dans notre étude a été la taille des abcès (abcès >10 cm de diamètre) et/ou leur localisation (abcès du lobe gauche) pour abcès d'origine amibienne et (abcès >5cm de diamètre) et/ou leur localisation (abcès du lobe gauche) pour abcès d'origine bactérienne. Ces indications

concordent avec celles de Myoungdon OH [18]. Dans notre étude, d'autres indications étaient cliniques notamment en cas de persistance ou d'aggravation de la fièvre et/ou de l'hépatalgie après 48 à 72 heures de traitement médical. Cette approche n'était pas différente de celle de la littérature [25]. Certains auteurs estiment qu'une ponction échoguidée permettrait de réduire la durée de séjour à l'hôpital [19, 26]. Le traitement chirurgical des abcès du foie a considérablement diminué de nos jours [22]. Ces moyens chirurgicaux sont actuellement le dernier recours dans le traitement des abcès du foie et sont réservés aux seules complications à savoir : la rupture péritonéale, pleurale, péricardique de l'abcès ou fistulisation de celui-ci dans un viscère creux ou à la peau et l'échec du traitement médical. Dans notre série, 11 patients (10,7%) ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. Ce taux est statistiquement comparable à ceux de Badaoui [27]. Les indications dans notre étude étaient : la rupture dans la cavité péritonéale (8 cas), l'échec du traitement médical (2cas) et l'échec de la ponction écho guidée (1cas). L'évolution a été favorable dans 98,1% des cas. La guérison clinique précède la disparition des lésions anatomiques qui peuvent persister quelques mois, ceci ne doit pas être inquiétant [27]. Nous avons enregistré 2 cas de décès, soit une mortalité de 1,9%, inférieur à celle rapportée par Garr P L [25] (15%), probablement en raison de la taille de notre échantillon.

Conclusion :

L'abcès du foie est une pathologie fréquente en milieu hospitalier, notamment en chirurgie générale.

Le diagnostic est évoqué devant la triade de Fontan. L'imagerie (échographie ou scanner) permet de confirmer le diagnostic mais aussi d'orienter la prise en charge. Le traitement repose sur une approche médicale, chirurgicale ou instrumentale, en fonction de

la taille, de la localisation et de l'évolution clinique. Le pronostic est généralement favorable à condition que la prise en charge soit précoce et adaptée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Alvarez JA, Juan JG, Ricardo FB. Single and multiple pyogenic liver abscesses: etiology, clinical course, and outcome. *Dig Surg* 2001;18(4):283-8.
2. Lardièrre-Deguelte S, Ragot E, Amroun K, Piardi T, Dokmak S, Bruno O, Appere F, ASibert A, Hoeffel C, Sommacale D, Kianmanesh R. Abscès hépatiques : diagnostic et prise en charge. *J Chir Viscérale*. 2015;152(4):233-46.
3. Zimmermann L, Wentd S, Lübbert C, Karlas T. Epidemiology of pyogenic liver abscesses in Germany: Analysis of incidence, risk factors and mortality rate based on routine data from statutory health insurance. *United Eur Gastroenterol J*. 2021; 9(9):1039-47.
4. Molinier C, Menecier D. Amibiase hépatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 1997 ;10 :7-27.
5. Koumaré S, Koné T, Keita S, Soumaré L, Sissoko MS, Camara M, Sacko O, Camara A, Koïta A, Togo S, Ouattara MA, Dicko H, Konaté M, Coulibaly Y, Diallo M, Sanogo ZZ, Sangaré D. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie « A » du CHU du point G. *Mali Méd* 2018; 30(3): 1-5.
6. Johannsen EC, Sifri CD, Madoff LC. Pyogenic liver abscesses. *InfectDis Clin North Am*.2000; 14:547-63.
7. Barrio J, Cosme A, Ojeda E. Pyogenic liver abscesses of bacterial origin. A study of 45 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 2000.92(4):232-9.
8. Barakate MS, Stephen MS, Waugh RC. Pyogenic liver abscess: a review of 10 years' experience in management. *Aust N Z J Surg* .1999 ;69(3) :205-9.
9. Casting D, Smail A. Anatomie du foie et des voies biliaires. *Encycl Méd Chir Elsevier Paris Hépatologie* 7-00110.1999; 12.
10. Lafont E, Rossi G, Rossi B, Roux O, de Lastours V, Zarrouk V, et al. Abscès du foie. *J Anti-Infect*. déc 2017;19(3-4):89-99.
11. S Lodhi, A R Sarwari, M Muzammil, A Salam, R A Smego. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: A review of 577 adult cases. *Trop med int health* 2004 ; 9(6):718-23
12. Dieng M. Traitement des abcès du foie : L'expérience d'un service de chirurgie générale : *Med Afr Noire* 2007 ; 54(10): 513-9.
13. Bashir A, Farhan A, Satti S A, Satti T M. Clinical and pathological comparison of pyogenic and amoebic liver abscesses. *Advances in infectious Diseases*. 2014, (4) :117-23
14. Shamsuzzaman SM, Haque R , Hasin S K , Petri Jr W A , Hashiguchi Y . Socio-economic status, clinical features laboratory parasitological findings hepatic amoebiasis patients. A hospital based prospective study in Bangladesh. *s. outh-east asian j trop med public health* 2000; 31 (2): 399-404.
15. Weinke T, Grobusch M P, Güthoff W. Amoebic liver abscess-rare need for percutaneous treatment modalities. *Eur J of Med research* 2002; 7:25-9.
16. Coulibaly Y, Amadou I, Keita M, Diaby S.G, Konaté M, Diallo G. Pyogenic liver abscess in children: Diagnosis and treatment at the teaching hospital Gabriel Touré,Bamako, Mali. *Open Journal of Pediatrics*,2013 ; 3 : 45-48.
17. Liu C J , Hung C C , Chen M Y , Lai Y P , Chen P J , Huang S H, Chen D S . Amoebic liver abscess and human immunodeficiency virus infection: A report of three cases *Clin Gastro-entero* 2001; 33(1): 64-8.
18. Myoungdon OH, Kwanghyuck LEE, Eniseok KIM et al. Amoebic liver abscess in HIV infected patients. *AID* 2000 14(12): 1872- 3.
19. Pham Van L, Duong Manh H, Pham Nhu H. Abscès amibien du foie: Ponction écho guidée *Ann Chir* 1999; 50(4):340-3.
20. Djossou F, Malvy D, Tamboura M, Beylot J, Lamouliatte H, Longy-Boursier M, et al. Abscès amibien du foie. Analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme thérapeutique Amoebic liver abscess. Study of 20 cases with literature

review. Rev Médecine Interne 2003; 24 :97-106.

21. Donikian J.C: Twenty-two cases of hepatic abscesses in children in New Caledonia. EMC: Archives de pédiatrie 2004; 11(7) :867.

22. Kam KL, Sanou I, Koueta F, Sawadogo SA, Zeba B. Abcès du foie en milieu pédiatrique au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Arch Pédiatrie Médecine d'Afrique Noire 1998, 45 (11): 635-39.

23. Chagneau C, Silvain C. Abcès bactériens du foie. Gastro enterol clin biol 2004 ; 28 : 470-6.

24. Khan Y, Mushtak S, Fahmi Y A M, Baidaa A D, Mohamed A, Elzouki A N. Epidemiology, Clinical features and

outcome of liver abscess: A. single Reference Center Experience in Qatar Oman Medical Journal 2014; 29(4): 260-3.

25. Garr P L, Madiba TE, Thomson SR, Corr P. Amoebic liver abscess: Result of a conservative management policy. South Africa Méd J 2003; 93: 132-6.

26. Acuna S R, Maguire J H, Wirth D F. Gender distribution in asymptomatic and invasive amoebiasis. Am J Gastro-enterol 2000; 95: 1277-81.

27. Badaoui L, Dabo G, Sodqi M, Marih L, Oulad Lahcen A, Chakib A, Marhoum El Filali K. Abces du foie a germes pyogenes : a propos de 19 cas et revue de la littérature. Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie 2014 ;4 :8-11.

ANNEXE

Tableau I : Répartition des patients selon le siège de l'abcès.

Siège sur le lobe	Effectif	Pourcentage
Lobe droit	73	70,9
Lobe gauche	19	18,4
Lobe droit et gauche	11	10,7
Total	103	100,0

Tableau II : Répartition des patients selon le volume de l'abcès.

Quantité de l'abcès	Effectif	Pourcentage
25-99cc	18	33,0
100-199cc	23	23,3
200-299cc	35	17,5
300-399	9	8,7
400-499cc	11	7,8
>500cc	7	9,7
Total	103	100,0

Tableau III : Répartition des patients selon le type de traitement.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Ponction écho guidée	68	66,0
Chirurgie	11	10,7
Traitement médical	24	23,3
Total	103	100,0

Tableau IV : Répartition des patients selon les indications chirurgicales.

Indication de la chirurgie	Effectif	Pourcentage
Echec ponction écho-guidé	1	9,1
Péritonite par rupture d'abcès	8	72,7
Echec de traitement médical bien conduit	2	18,2
Total	11	100,0

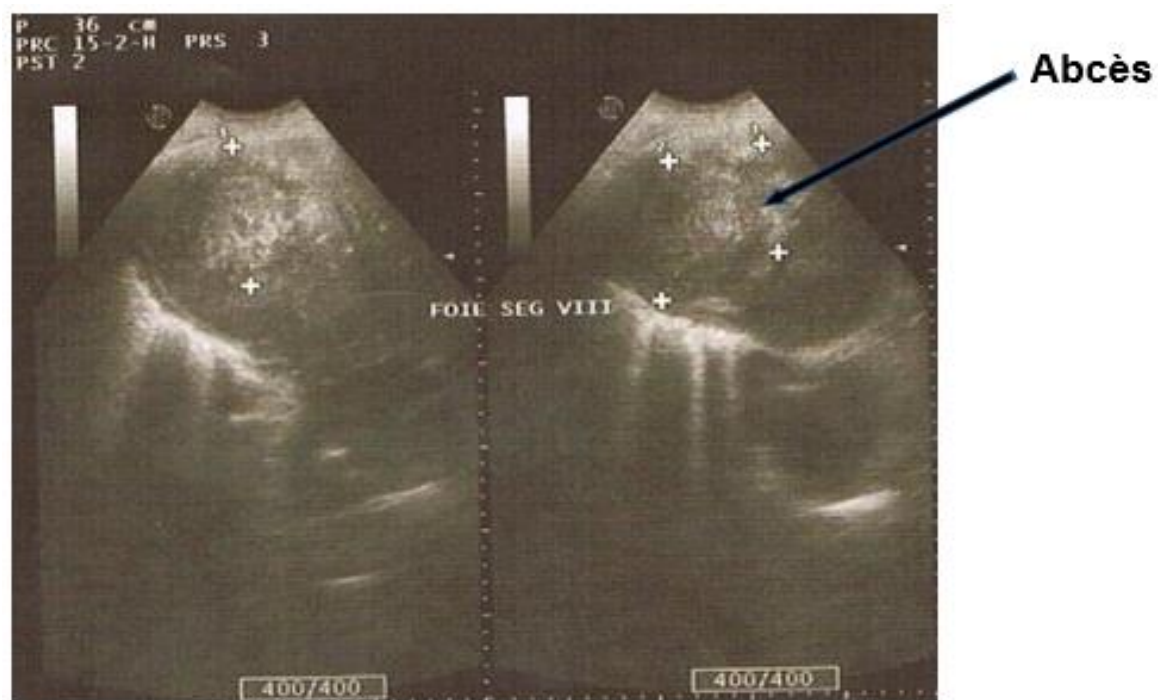


Figure 1 : Echographie abdominale, abcès du Segment VIII