



Case Report

Abcès Hépatique d'Origine Amibienne du Nouveau-né : Une Occurrence Rare

Hepatic Abscess of Amoebic Origin of the Neonate: A Rare Occurrence

FLF Diakité¹, G Dembélé², L Maiga¹, B Coulibaly³, T Sanogo¹, M Kané¹, N Kountao¹, M Niakaté¹, M Djouell¹, I Maiga³, O Coulibaly³, AK Doumbia², NL Traoré⁴, Traoré M⁵, HG Diall³, D Konaté³, B Maiga³, K Sacko³, P Togo³, A Dembélé³, S Sagara³, AA Diakité³, B Togo³, M Sylla³, F Dicko-Traoré³

RÉSUMÉ

La survenue de l'abcès hépatique en période néonatale est rare. A nos jours moins de 200 cas néonataux ont été publiés. L'origine parasitaire est encore plus exceptionnelle. Nous rapportons un cas d'abcès hépatiques multiples d'origine parasitaire chez un nouveau-né, de sexe masculin. Il a été reçu dans le service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré de Bamako dans un tableau d'altération de l'état général associée à une hépatomégalie douloureuse dans un contexte fébrile. L'échographie a objectivé une hépatomégalie hétérogène par la présence de foyers de collection liquidienne évoquant cinq abcès. Aucun germe n'avait été retrouvé au cours des examens cyto bactériologiques successifs du pus. Les deux sérologies amibiennes réalisées par immunofluorescence indirecte sont revenues fortement positives avec augmentation de la cinétique des anticorps de 1/320 à 1/2560 à 16 jours d'intervalle (valeur normale < 1/160). L'évolution a été favorable sans séquelles sous le métronidazole associé à des séances de ponction échoguidée.

ABSTRACT

The occurrence of hepatic abscess in neonatal period is rare. To date, fewer than 200 neonatal cases have been published, and parasitic etiologies are clearly exceptional. We report a case of multiple liver abscesses of parasitic origin in a newborn male. He was admitted to the neonatal department of University Hospital (UH) Gabriel Touré in Bamako, where he suffered a general condition associated with painful hepatomegaly in a feverish context. Ultrasound found an heterogeneous hepatomegaly with the presence of five liquid collections compatible with abscesses. No germs were identified during the successive cyto bacteriological examinations of pus. Two amoeban serologies performed by indirect immunofluorescence were strongly positive with an increase in the kinetics of the antibodies from 1/320 to 1/2560 at 16 days interval (normal value < 1/160). The evolution was favorable without sequelae under Metronidazole associated with ultrasound-guided puncture sessions.

Affiliations

1. Clinique Périnatale Mohammed VI – Bamako
2. Direction Centrale du Service de Santé des Armées
3. Département de Pédiatrie CHU Gabriel Touré – Bamako
4. Centre de Santé de Référence de la Commune IV - Bamako
5. Centre de Santé de Référence de la Commune V – Bamako

Auteur Correspondant

Dr Fatoumata Léonie François Diakité, Maître de Conférences en Pédiatre/FMOS

Tel : +223 76 28 52 29,
Email : leoniediakite@gmail.com
Fax: +223 20226090

Keywords : Liver abscess, amoebas, neonates

Mots clés : Abcès hépatique, amibes, nouveau-né

Article history

Submitted: 29 August 2024
Revisions requested: 7 September 2024
Accepted: 15 September 2024
Published: 27 September 2024

INTRODUCTION

Les abcès du foie sont dus à une infection bactérienne, parasitaire ou origine fongique [1-5]. Ces micro-organismes pénètrent dans le foie et produisent un abcès par quatre mécanismes possibles qui sont : une infection ascendante via les veines ombilicales et porte ; par propagation hématogène ; une infection ascendante via les voies biliaires et par propagation contiguë directe à partir des organes voisins [2–5]. L'abcès hépatique est rare en période néonatale jusqu'à nos jours moins de 200 cas ont été publiés dans le monde [1-8]. Il est le plus souvent d'origine pyogène, car les infections parasitaires (surtout à *Entamoeba histolytica*) sont inhabituelles dans cette

période [1,2-5]. Ainsi les résultats de plusieurs études avaient montré que la fréquence des abcès hépatiques amibiens était plus élevée chez les enfants de moins de 3 ans avec un pic pendant la première année de vie mais exceptionnelle avant 2 mois [9-12]. Même avec un nombre de cas d'abcès hépatique amibien élevé dans des zones endémiques d'amibiase intestinale (les régions tropicales et subtropicales) dus à la mauvaise hygiène et de proximité, sa survenue est extrêmement rare chez le nouveau-né [9].

OBSERVATION

Nous rapportons un cas d'abcès hépatique avec plusieurs foyers (cinq) du lobe droit diagnostiqué chez un nouveau-

né de sexe masculin. Il nous a été référé par le centre de santé secondaire du district de Bamako, pour une distension abdominale associée à une hépatomégalie micronodulaire diffuse à l'échographie abdominale. Il est issu d'une grossesse normale bien suivi, né à terme à 39 SA par voie basse dans un centre de santé communautaire du District de Bamako sans notion de réanimation. Les

deux premières semaines postnatales seraient passées normalement sous allaitement maternel avec une notion de prise de décoctions de plantes. C'est au 16^{ème} jour de vie que les parents avaient constaté un changement de la consistance des selles (selles liquidiennes) et de la fréquence (4 à 6 selles/ jour) qui aurait continué pendant 3 à 4 jours.

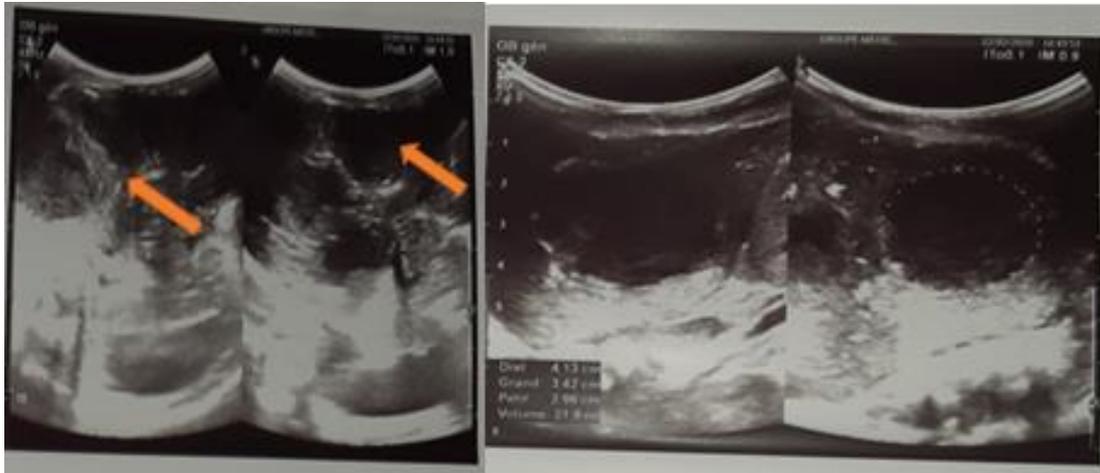


Figure 1. formations contiguës hypoéchogènes très hétérogènes séparées par des parois hyperéchogènes par endroit dont la plus volumineuse contient environ 32 ml, mesurant 4,39 x 4,32 x 3,24 cm réalisant un aspect en sable mouvant en rapport avec un abcès collecté du foie multifocal (cinq images) sur les segments du lobe droit du 12 et du 19/02/2020

La suite a été émaillée par l'adjonction de la fièvre avec une augmentation progressive du volume abdominal et il était de plus en plus irrité (pleurs incessants). Les parents décident de consulter après 7 jours d'évolution de la symptomatologie dans un cabinet privé où l'enfant aurait reçu pendant 3 jours un traitement injectable par voie intraveineuse (IV) à base de : Ceftriaxone et Gentamycine sans amélioration.

syndrome infectieux fait de : fièvre, pâleur cutanéomuqueuse, tachycardie, diarrhée. Devant ce tableau de forte suspicion d'abcès hépatique, nous avons réalisé une échographie abdominale qui nous a confirmé le diagnostic en objectivant des formations contiguës hypoéchogènes très hétérogènes séparées par des parois hyperéchogènes par endroit dont la plus volumineuse contient environ 32 mL, mesurant 4,39 x 4,32 x 3,24 cm réalisant un aspect en sable mouvant en rapport avec un abcès collecté du foie multifocal (cinq images) sur les segments du lobe droit. La ponction échoguidée avait ramené une collection purulente d'aspect jaunâtre de 35 ml environ qui nous orientait vers un abcès d'origine bactérienne (Figure 1,2). L'examen cytbactériologique de cette collection avait objectivé des leucocytes altérés avec absence de bactérie à l'examen direct et à la culture. Les hémocultures réalisées étaient revenues stériles. Une sérologie amibienne était revenue fortement positive 1/320 (valeur normale <1/160) et une augmentation de la cinétique de la production d'anticorps à 1/2560 à l'examen du 02/03/20 (16 jours après). Alors que la sérologie amibienne réalisée chez la mère était revenue négative. Il était du groupe sanguin O rhésus positif, une première numération formule sanguine (NFS) avait retrouvé une anémie normocytaire normochrome (GR : 3,07 téra/l, Hb: 9,7g/dl, VGM: 92,9 fl, TCMH: 31,6 pg CCMH: 34%) et GB:12100/µl. La C-Réactive protéine était à 96 mg/l. Le bilan d'exploration hépatique montrait une légère perturbation de la fonction hépatique : ALAT : 21,3 UI/l, ASAT : 67,2 UI/l, Bilirubinémie totale : 5,55µmol/l et la recherche de l'AgHBs était négative.



Figure 2. Echantillon de la collection obtenu par ponction échoguidée de l'abcès : pus d'aspect jaunâtre.

Vue l'altération de l'état clinique, ils consultent à nouveau dans un centre de santé secondaire, qui nous le réfère après réalisation d'une échographie abdominale à une dizaine de jour d'évolution de la maladie. A l'admission à J25 de vie, il avait un bon développement staturo-pondéral pesait 4100 g, mesurait 54 cm de taille et le périmètre crânien était à 37 cm. L'interrogatoire et l'examen physique nous ont permis de retrouver la triade de Fontan (hépatomégalie douloureuse fébrile) et un



Figure 3. Calcifications pariétales et parenchymateuses (images anéchogènes bien limitées avec renforcement postérieur) du 06/04/2020

L'exploration de la coagulation était un peu perturbée avec un TP bas à 65,9 %, le Fibrinogène un peu élevé à 412 mg/dl et le TCA à 32 secondes normal. Le traitement initié au début devant le tableau septique a été le Céfotaxime (200mg/kg/j) pendant 7 jours avec la Gentamycine (3mg/kg/j) pendant 3 jours sans succès. Avec le résultat de la sérologie amibienne et la culture stérile du pus nous avons arrêté ces antibiotiques pour débiter avec le Métronidazole (30mg/kg/j) pendant 21 jours et les quatre séances de ponction échoguidée ayant ramené environ 35 mL du pus. Durant toute la durée d'hospitalisation, la mère continuait à allaiter son bébé au sein avec bonne prise pondérale à sa sortie (poids de sortie 4900g). L'évolution était marquée par une hépatisation en rapport avec des séquelles d'abcès du foie objectivée par une échographie abdominale (Figure 4).

DISCUSSION

L'abcès hépatique néonatal est une affection rare pouvant entraîner des complications ou mettre en jeu le pronostic vital. Dans la littérature plusieurs facteurs de risque associés à la survenue de l'abcès hépatique ont été identifiés tels la présence d'un cathéter ombilical, une voie veine centrale pour la nutrition parentérale, la survenue d'une infection néonatale sévère ou d'une entérocolite nécosante, tous ces facteurs sont en rapport direct avec la gestion des nouveau-nés fragiles (nés prématurément ou nés à terme mais malade) [2,6,8,12,13]. Notre patient était né à terme en bonne santé, de poids naissance normal et sans facteurs de risque sauf une prise de décoctions de plantes avec des conditions d'hygiène défectueuse. Le diagnostic d'abcès hépatique néonatal est basé sur les arguments cliniques, l'imagerie et la biologie. Chez le nouveau-né, la symptomatologie n'est pas spécifique car dans la majorité des cas elle se présente comme une septicémie néonatale [4,14], souvent sa découverte fortuite ou en post-mortem. La présentation classique de l'abcès hépatique avec la fièvre, l'hépatomégalie et douleurs abdominale est très rare chez le nouveau-né [1-6,14]. Chez notre malade, l'échographie abdominale avait objectivé des collections liquidiennes du lobe droit avec la mise en évidence après ponction d'un pus franc d'aspect jaunâtre. Dans la littérature, la classique coloration du pus « pus chocolaté » est inhabituel chez le jeune enfant. Le

pus est généralement d'aspect gris-jaune [15,16]. L'échographie abdominale reste l'examen de prédilection dans le diagnostic de l'abcès hépatique en période néonatale [7,15]. L'échographie a une sensibilité de 80 à 90% dans le dépistage et le diagnostic de l'abcès hépatique néonatal [1]. Le lobe droit était la partie atteinte chez notre patient. Cette localisation serait imputée aux flux mésentérico-portal préférentiel vers le lobe droit [9]. La tomодensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont rarement nécessaire au diagnostic [17]. L'abcès hépatique amibien est la forme extra-intestinale la plus courante d'amibiase invasive [18] et constitue une maladie grave menaçant le pronostic vital des enfants [18]. Il est dû à une invasion de la paroi intestinale par des trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica* entraînant des ulcérations et la nécrose de celle-ci, la lyse les vaisseaux sanguins permettant aux amibes d'entrer dans la circulation mésentérique puis la veine porte [19]. Le diagnostic est généralement établi par la sérologie amibienne [20,21] soit par hémagglutination indirecte (IHA) et / ou par tests d'immunofluorescence indirecte (ID), ces tests ont une sensibilité de près de 94 %. L'origine amibienne de l'abcès hépatique dans notre cas, a été retenue sur la base des résultats échographiques et des deux sérologies amibiennes revenues fortement positives avec augmentation de la cinétique des anticorps entre deux examens successifs réalisés à seize jours d'intervalle. La source de contamination serait probablement un parent proche ou la prise de décoctions de plantes contaminées car la sérologie amibienne de la mère était revenue négative, l'amibiase étant une maladie des mains sales [15,16]. La prise en charge de l'abcès hépatique dépend de la taille de la collection et du siège. Si c'est les gros abcès le drainage ouvert ou non serait nécessaire [25]. Alors que Lee et al [24] ont montré que l'aspiration ou le drainage guidé par imagerie donnait de bon résultat. Ces gestes doivent être associés au traitement de l'agent causal [22,23]. L'abcès hépatique néonatal reste une pathologie grave et mortelle avec un taux de mortalité pouvant atteindre les 50% malgré de soins et de traitements appropriés [24]. Chez notre patient, l'évolution a été favorable sans complications sous Métronidazole pendant trois semaines associées à quatre séances d'évacuation du pus par des ponctions

 choguid es. Sur le plan clinique, l'apyrexie était obtenue à moins d'une semaine de traitement sous Métronidazole suivi d'une diminution progressive du périmètre abdominal. La disparition de l'inflammation a été observée par la normalisation de la C-Réactive Protéine (CRP). L'abcès avait compl tement disparu au dernier contrôle échographique.

CONCLUSION

L'abcès amibien du foie est une maladie du péril fécal qui peut être contracté à tout âge. Il faut y penser souvent chez un nouveau-né présentant une hépatomégalie douloureuse fébrile associée à un tableau de sepsis néonatal. L'accent doit être mis sur l'amélioration des conditions d'hygiène individuelle et collective et l'éviction de certaines pratiques socioculturelles telles que l'administration de décoctions de plantes.

Conflit d'intérêt

Aucun

REFERENCES

1. Ur Rahman S, Ghalib A, Abdulghani M H, Jan A. Liver Abscess in a Term Baby: A Case Report and Review of Literature. *Dr. Sulaiman Al Habib Medical Journal*;2019;1(1-2): 27–29
2. Bosnalı O, Moralođlu S, Cerrah Celayir A, Pektař O. Liver abscess: increasing occurrence in premature newborns. *J Neonatol Surg* 2013;2:23
3. Filippi L, Poggi C, Gozzini E, Meleleo R, Mirabile L, Fiorini P. Neonatal liver abscesses due to *Candida* infection effectively treated with caspofungin. *Acta Paediatr* 2009;98:906–9.
4. Simeunovic E, Arnold M, Sidler D, Moore SW. Liver abscess in neonates. *Pediatr Surg Int* 2009;25:153–6
5. Semerci SY, Babayigit A, Cebeci B, Buyukkale G, Cetinkaya M. Hepatic abscesses in preterm infants: report of three cases and review of the literature. *J Trop Pediatr* 2016;62: 255–60.
6. Singh AP, Gupta AK, Ansari M, Kumar SM. Neonatal liver abscess with impending rupture presenting as abdominal wall swelling: a rare case. *J Clin Neonatol* 2017;6:270–2
7. Overturf GD. Infections of liver chap 10. In: Remington J, Klein J, Baker W, editors. *Infectious Diseases of Fetus and Newborn*, 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015. p. 1092-100
8. Oktav B, Moralioglu S, Celayir AC, Pektas O. Liver abscess: Increasing occurrence in premature newborns. *J Neonat Surg* 2013;2:23
9. Merten DF, Kirks DA. Amebic Liver Abscess in Children: The Role of Diagnostic Imaging. *AJR* 1984 ;143:1325-1329
10. Sacko K, Togo P, Maiga B et al. Les Abc s H patiques dans le Département de P diatrie du CHU Gabriel Tour  de Bamako, Mali. Une  tude de 31 Cas. *Health Sci. Dis* 2019 : 20 (4) :71-75.
11. Diallo VMPC, Deguenonvo LF, Manga NM et al. (2018) Characteristics of Liver Abscess in Department of Infectious Diseases at Fann Teaching University Hospital in Dakar, Senegal. *Advances in Infectious Diseases*,8, 23-31
12. Lam HS, Li AM, Chu WC, Yeung CK, Fok TF, Ng PC, et al. Mal-positioned umbilical venous catheter causing liver abscess in a preterm infant. *Biol Neonate* 2005;88:54-6
13. Moens E, Dooy JD, Jansens H, Lammens C, Op de Beeck B, Mahieu L, et al. Hepatic abscesses associated with umbilical catheterisation in two neonates. *Eur J Pediatr* 2003; 162:406-9
14. Moss TJ, Pysher TJ. Hepatic abscess in neonates. *Am J Dis Child* 1981;135:726-8.
15. David F Merten. And Donald. A. Kirk. Review. Amebic Liver Abscess in. Children: *The Role of. Diagnostic. Imaging. AJR* 1984,143 : 1325-1329.
16. Scragg JN. Hepatic amoebiasis in childhood. *Trop Doct* 1975;5:132-134
17. Bafna S, Kirthana SB, Bafna V, Lad S, Ravikanth M. Case report of multiple hepatic microabscesses in a term neonate. *Indian J Child Health*.2018; 5(3):228-230.Doi: 10.32677/IJCH.2018.v05.i03.021
18. Adams EB, MacLeod IN. Invasive amebiasis: amebic liver Abscess and its complications. *Medicine* 1977;56:325-334
19. Rode H, Davies MAO, Cywes S. Amoebic liver abscesses in and childhood. *S Afr J Surg* 1978;1 6:131-138
20. Haffar A, Boland FJ, Edwards MS. Amebic liver abscess in children. *Pediatr Infect Dis* 1982;1 :322-327
21. Harrison HA, Crowe CP, Fulginiti VA. Amebic liver abscess in children: clinical and epidemiologic features. *Pediatrics* 1979;64:923-928
22. Bari S, Sheikh KA, Malik AA, Wani RA, Naqash SH. Percutaneous aspiration versus open drainage of liver abscess in children. *Pediatr Surg Int* 2007;23:69–74
23. Lee SH, Tomlinson C, Temple M, Amaral J, Connolly BL. Imaging-guided percutaneous needle aspiration or catheter drainage of neonatal liver abscesses: 14-year experience. *AJR Am J Roentgenol* 2008;190:616–22
24. Shah I, Bhatnagar S. Liver abscess in a newborn leading to portal vein thrombosis. *Indian J Pediatr* 2009;76:1268–9