

## Endophtalmie endogène compliquant un abcès du foie : à propos d'un cas

*Endogenous endophthalmitis complicating liver abscess: a case report*

Amina ZERDAZI

Service de Médecine Interne,  
EPH El Hadjar, Annaba – AlgérieCorrespondance à :  
Amina ZERDAZI  
[a-zerdazi@hotmail.fr](mailto:a-zerdazi@hotmail.fr)DOI: <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2019.6119>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

**RÉSUMÉ**

Nous rapportons le cas d'une femme de 60 ans, diabétique, hospitalisée pour hépatomégalie douloureuse fébrile. Le bilan d'entrée a montré une hyperleucocytose à PNN, une anémie normocytaire et un syndrome inflammatoire marqué. L'imagerie était évocatrice d'un abcès hépatique. Devant ce tableau clinique, une antibiothérapie probabiliste a été débutée. Trois jours plus tard, la patiente avait présenté un œil rouge douloureux avec une baisse de l'acuité visuelle dont l'examen ophtalmologique avait retrouvé une infiltration cornéenne et hypopion. L'échographie en mode B avait montré un vitré très chargé en faveur d'une endophtalmie endogène. Une antibiothérapie à bonne diffusion oculaire était instaurée immédiatement par voie générale et injection intravitréenne. La vitrectomie a été retardée du fait de mauvais état général de la patiente. Les hémocultures réalisées isolaient un *Escherichia coli*. L'évolution était marquée par la guérison de l'abcès hépatique mais l'acuité visuelle reste limitée à la perception lumineuse. Malgré la rareté de cette affection qui survient en général dans un contexte d'immunodépression, elle doit être évoquée devant tout signe oculaire associé à un foyer infectieux profond. Un diagnostic rapide et un traitement adéquat peuvent améliorer le pronostic vital et visuel.

**Mots-clés :** Endophtalmie endogène, abcès hépatique, *Escherichia coli*.

**ABSTRACT**

We report the case of a 60-year-old diabetic woman admitted for febrile painful hepatomegaly. The assessment showed leukocytosis at PNN, normocytic anemia and marked inflammatory syndrome. Imaging was suggestive of hepatic abscess. The clinical presentation required a probabilistic antibiotherapy was started. Three days later, the patient had a painful red eye with a decrease in visual acuity, which had been found by ophthalmologic examination to consist of corneal infiltration and hypopion. B mode ultrasonography showed a very heavy vitreous in favor of endogenous endophthalmitis. Antibiotic therapy having good ocular diffusion was initiated immediately by the general route and intravitreal injection. Vitrectomy was delayed due to the poor general condition of the patient. Blood cultures isolated *Escherichia coli*. The evolution was marked by the healing of the liver abscess but the visual acuity remained limited to the light perception. Despite the rarity of this condition, which usually occurs in the context of immunosuppression, it must be evoked before any ocular sign associated with a deep infectious site. Rapid diagnosis and adequate treatment can improve the vital and visual prognosis.

**Keywords:** endogenous endophthalmitis, hepatic abscess, *Escherichia coli*.

**Introduction**

L'endophtalmie endogène est une infection endoculaire rare mais grave. Elle est due à la diffusion du germe par voie hématogène à partir d'un foyer infectieux primitif. Cette infection survient, avec prédilection, en cas d'immunodépression (diabète, cancer, VIH...). Sa prise en charge est difficile, nécessitant un diagnostic rapide et un traitement spécifique adapté. Nous rapportons l'observation d'une patiente diabétique qui avait développé une endophtalmie endogène sur abcès hépatique. A travers ce cas, nous allons attirer l'attention sur cette pathologie rare tout en décrivant ses caractéristiques diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

**Observation**

Une patiente âgée de 60 ans, diabétique, hospitalisée pour une fièvre aigue associée à des douleurs de l'hypochondre droit. L'examen clinique retrouve un état général altéré, une fièvre à 39,5°C, une pression artérielle à 11 /07. L'examen de l'abdomen révélait une hépatomégalie douloureuse. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (GB : 20,1. 10<sup>3</sup> elt/mm<sup>3</sup>), une anémie à 8 g /dl une CRP à 158 g/l ainsi qu'une cholestase anictérique, la glycémie était à 2,63 g/l et la procalcitonine à 1,94 mg/ml. Le cliché thoracique montrait un épanchement pleural droit de moyenne abondance. Une TDM abdominale réalisée a révélé une hépatomégalie (211 mm) de densité hétérogène par la présence au niveau du segment V et VI de multiples formations liquidiennes mesurant entre 10 mm et 50 mm (Figure 1).



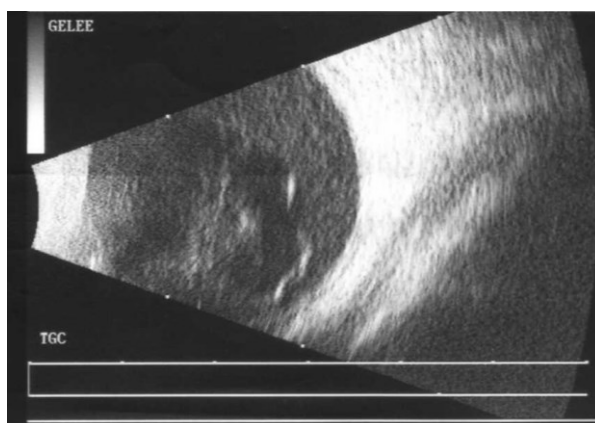
**Figure 1.** Scanner abdominal en coupe axiale à gauche et en coupe coronale à droite. Abscès du foie.

La ponction échoguidée du foie n'a pas été réalisée. Les sérologies hydatiques, VHB, VHC, VIH étaient négatives, l'alpha foetoprotéine était normale. Le diagnostic d'abcès hépatique à pyogène a été posé. Un traitement antibiotique probabiliste associant une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération, du métronidazole et un aminoside a été débuté. Trois jours plus tard, la patiente avait présenté une douleur oculaire droite, une hyperhémie conjonctivale et une baisse de l'acuité visuelle dont l'examen ophtalmologique retrouvait un œil rouge douloureux avec une infiltration cornéenne et un hypopion (Figure 2).



**Figure 2.** Aspect de l'œil droit : hyperhémie conjonctivale et hypopion.

L'examen de l'œil adelphe était strictement normal. Devant ce tableau clinique, un diagnostic d'endophtalmie aigüe a été posé. L'échographie en mode B avait montré l'aspect d'une vitrée très chargée en faveur d'une endophtalmie endogène (Figure 3). Les prélèvements oculaires n'ont pas été réalisés vu les difficultés techniques et le risque de retarder la prise en charge thérapeutique. Un traitement antibiotique était instauré immédiatement associant un traitement général par une antibiothérapie intraveineuse à bonne diffusion intra-oculaire (C3G, ciprofloxacine) pendant quatre semaines, un traitement local par injection intravitréenne de vancomycine et ceftazidime, deux injections à 48h d'intervalle, et une antibiothérapie locale fortifiée en association avec de l'atropine 1%. La vitrectomie a été retardée du fait de mauvais état général de la patiente. Les autres prélèvements bactériologiques avaient montré l'isolement d'*Escherichia coli* sur les hémocultures. L'évolution a été marquée par une récupération très faible de l'acuité visuelle limitée à la perception lumineuse avec guérison de l'abcès hépatique. La patiente a été confiée à un ophtalmologiste pour évaluation de son état et éventuelle vitrectomie.



**Figure 3.** Echographie en mode B réalisée à J3 en coupe verticale : hyalite importante

## Discussion

L'endophtalmie endogène est une infection endoculaire rare représentant 2 – 8 % de toutes les endophtalmies [1]. Cette affection survient habituellement sur un terrain d'immunodépression, diabète, cancer, cardiopathie, mais touche parfois le sujet sain [2]. Les endophtalmies aiguës sont d'installation rapide, comme dans la présente observation, sur une courte durée de moins de 72h ; elles sont liées à la prolifération de germes très virulents. Les germes responsables sont souvent des bactéries gram positives telles que le *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* du groupe B, *Streptococcus pneumoniae* et *Listeria monocytogenes* [3]. Les bactéries gram négatives sont moins fréquemment en cause mais responsables de formes graves. Les plus communes sont *Klebsiella* spp, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* et *Neisseria meningitidis* [3]. L'endophtalmie à *Escherichia coli* est de mauvais pronostic et survient habituellement chez les sujets diabétiques [4]. Le tableau est bruyant associant signes oculaires évocateurs et généraux de sepsis [2], confirmé par les examens bactériologiques (oculaire et/ou hémoculture). La prise en charge est multidisciplinaire, médico-chirurgicale, oculaire et générale, sa rapidité d'instauration conditionnera en partie le pronostic. L'antibiothérapie intravitréenne et intraveineuse est évidemment adaptée aux résultats de l'antibiogramme. L'indication de vitrectomie dépend de l'évolution obtenue sous traitement médical [5]. Le pronostic est souvent sombre ; il conduit à la perte anatomique et fonctionnelle de l'œil et notre cas n'échappe pas à la règle.

### Conclusion

L'endophtalmie endogène est une localisation rare compliquant souvent une infection sous-jacente. L'association de l'atteinte oculaire à un foyer infectieux systémique constitue un facteur pronostique majeur. Une collaboration entre infectiologue et ophtalmologiste est primordiale afin d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel de l'œil.

**Déclaration d'intérêts** : l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

### Références

1. Cahill M, Chang B, Murray A. Bilatéral endogenous bacterial endophthalmitis associated with pyogenic hepatic abscess. Br J Ophthalmol 2000 Dec ; 84 (12) : 1436
2. Cornut P-L, Chiquet C. Endophtalmie endogène bactérienne. Journal français d'ophtalmologie (2011) 34, 51- 57
3. Dehghani A.R, Masjedi A, Fazel F et al. Endogenous Klebsiella Endophthalmitis Associated with Liver abscess : First case Report from Iran. Casz Rep Ophtalmol 2011 ; 2 : 10 – 14
4. Guclu H, Oza S.H, Pelitli Gurta V et al. Endogenous Endophthalmitis Due to Escherichia coli and Management. Ret\_Vit 2016 ; 24 : 169 - 172
5. Deryckère A, Cras C, Besombes G, Labalette P. Endophtalmie endogène à Klebsiella pneumoniae sur abcès rénal : à propos d'un cas. Journal français d'ophtalmologie (2009) 32, 280 – 283

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter [BatnaJMS@gmail.com](mailto:BatnaJMS@gmail.com) ou connectez-vous sur le site de la revue : [www.batnajms.net](http://www.batnajms.net)

