

## Une tumeur sigmoïdienne compliquée

Rebai W<sup>1</sup>, Makni A<sup>1</sup>, Azouz H<sup>2</sup>, Ksantini R<sup>1</sup>, Kourda J<sup>2</sup>, Chebbi F<sup>1</sup>, Daghfous A<sup>1</sup>, Ayadi S<sup>1</sup>, Ftériche F<sup>1</sup>, Bedioui H<sup>1</sup>, Jouini M<sup>1</sup>, Kacem M<sup>1</sup>, Ammous A<sup>1</sup>, Ben Safta Z<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie « A »

2. laboratoire anatomopathologie

Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

*Med Trop* 2010; **70** : 399-401

### Observation

Un homme de 53 ans, sans antécédent était admis pour un syndrome abdominal aigu avec fièvre à 38°9 et défense sous ombilicale. Les globules blancs étaient à 15 800 éléments/mm<sup>3</sup> à prédominance de polynucléaires neutrophiles. Les radiographies du thorax et de l'abdomen sans préparation étaient sans anomalie. Le scanner abdominal montrait un épaissement pariétal colique, circonférentiel, irrégulier, bourgeonnant et sténosant, étendu sur environ 8 cm au niveau du colon sigmoïde avec mise en évidence d'un pneumopéritoine (figures 1, 2). Une tumeur perforée du sigmoïde ou une sigmoïdite diverticulaire compliquée étaient évoquées et l'indication chirurgicale posée. En per-opératoire, on découvrait une péritonite généralisée débutante en rapport avec une tumeur perforée du sommet de la boucle sigmoïdienne, le reste du colon était normal. Une toilette péritonéale, une colectomie segmentaire basse carcinologique avec une double colostomie à la Bouilly Wolkman étaient réalisées. La perforation siégeait au sein de la masse tumorale. L'examen anatomo-pathologique de la pièce de colectomie montrait une masse pseudo-tumorale nécrosée au centre.

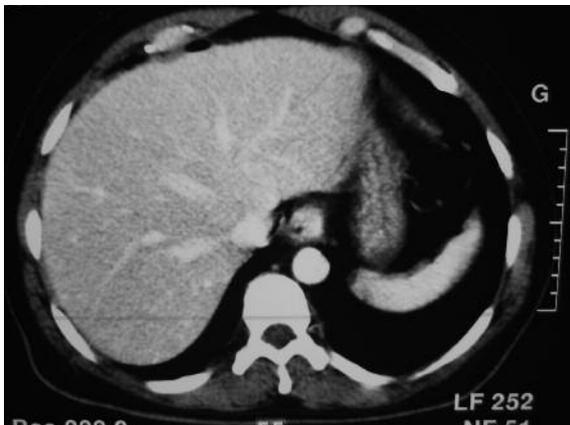


Figure 1. Tomodensitométrie : pneumopéritoine.



Figure 2. Tomodensitométrie: épaissement pariétal, irrégulier du sigmoïde

## Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : waelrebai@yahoo.fr

• Article reçu le 17/12/2009, définitivement accepté le 08/03/2010

## Réponse

### Amoebome sigmoïdien perforé

L'examen histologique montrait une musculature occupée par un infiltrat dense inflammatoire, riche en lymphocytes, en plasmocytes, en polynucléaires neutrophiles altérés et en polynucléaires éosinophiles (figure 3). Ils s'y mêlaient de nombreux corps amibiens de grande taille à cytoplasme clarifié comportant des hématies intra cytoplasmiques (amibes hémato-phages). Elles étaient dotées de noyaux picnotiques excentrés (figures 4, 5)

Le patient recevait une cure de métronidazole pendant 21 jours à raison de 1 500 mg/j. L'examen parasitologique des selles et la sérologie de l'amibiase (ELISA) étaient négatifs ainsi que la coloscopie et la rectoscopie. L'évolution était favorable et un rétablissement de la continuité par voie élective était réalisé 4 mois plus tard.

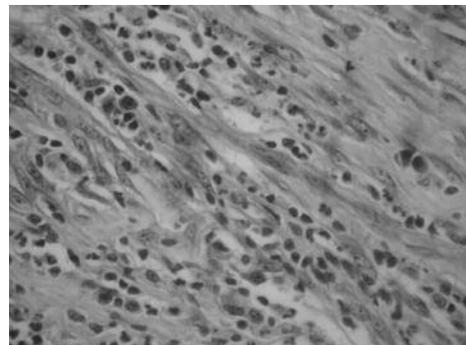


Figure 3. HEX20: musculature colique dissociée par un infiltrat polymorphe riche en polynucléaires neutrophiles.

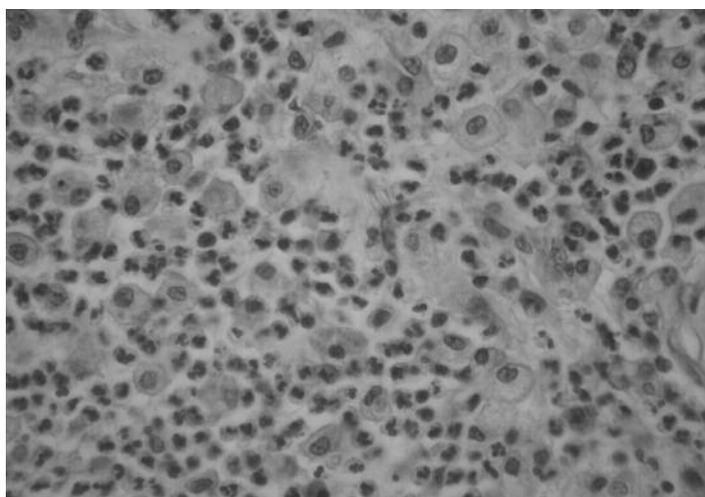


Figure 4. HEX40 foyer de suppuration fait de polynucléaires neutrophiles altérés associés à des amibes hémato-phages.

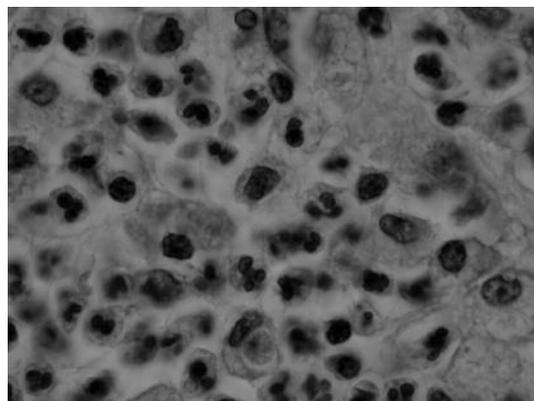


Figure 5. HEX100 Amibes hémato-phages : cellules de taille moyenne arrondie dont le noyau est refoulé en périphérie par un cytoplasme floconneux comportant des débris d'hématies.

## Discussion

Les amoebomes coliques, encore appelés colites granulomateuses ou colites ulcéro-prolifératives constituent une forme rare de l'amibiase colique rencontrée surtout dans les zones d'endémie (1, 2) individualisée en 1918 par Lasner (3) sous la forme de tumeur inflammatoire amibienne du gros intestin. La plupart des auteurs ne font état que de séries courtes ou de cas isolés (1, 2, 4).

L'amoebome semble relativement plus fréquent en Amérique latine (5). Cardoso *et al.* (6) sur une série de 3000 cas d'amibiase colique, a noté l'amoebome dans 1,5% des cas.

Cette pseudotumeur résulte de l'intensité de la réaction de sclérose au voisinage de l'ulcération amibienne. Cette réaction scléreuse va entraîner progressivement un rétrécissement de la lumière colique, pouvant aboutir à son obstruction. Elle siège essentiellement au niveau du colon droit (7). La localisation au niveau du recto sigmoïde comme chez notre malade est rare (7). La perforation est exceptionnelle. Elle est très probablement secondaire à des ulcérations profondes transpariétales.

La symptomatologie clinique, la biologie, la radiologie et même l'aspect endoscopique n'ayant rien de spécifique, le diagnostic différentiel avec le cancer colique repose sur l'examen histologique de la pièce opératoire en sachant qu'en zone d'endémie l'association, bien que rare, est possible.

Le traitement médical est assuré par le métronidazole ou ses dérivés. La posologie est de 1,5 à 2 g par jour. La durée du traitement n'est pas codifiée du fait du petit nombre de cas rapportés. Cependant, une durée de 10 à 20 jours paraît suffisante (8). En cas d'échec du métronidazole, la déhydroémétine mérite d'être essayée (9).

En cas de forme compliquée d'occlusion, d'hémorragie grave ou de péritonite par perforation comme c'était le cas de notre patient, l'intervention chirurgicale s'impose. La chirurgie est également indiquée pour les formes dont la rétrocession a été incomplète après un mois de traitement par les anti amibiens majeurs du fait du risque d'existence de lésion maligne (9).

## Conclusion

L'amoebome colique est rare, sa localisation sigmoïdienne et la perforation sont exceptionnelles. L'examen histologique de la pièce d'exérèse permet le diagnostic différentiel avec l'adénocarcinome colique. La chirurgie n'est justifiée que devant les formes compliquées et en cas de non réponse au traitement médical.

## Références

1. Moline C, Essioux H, Critau VP, Kassem A., Roue R., Laverdant C. Aspects actuels des amoebomes caecaux chroniques : à propos de 3 observations. *Ann Med Interne* 1975; 126 : 687-95.
2. Gendre JP, Hardouin JP, Marche C, Debray C. Les colites ulcéro-prolifératives ou granulomateuses d'origine amibienne(Amoebomes). Présentation de trois cas. *Gastroenterol Clin Biol* 1978; 2 : 589-96.
3. Lasnier EP. Tumeurs inflammatoires amibiennes du gros intestin. *Rev Chir* 1926; 64 : 603-17.
4. Emerit J, Lanoë R, Bousquet O, Gentilini M. Intérêt diagnostique de l'étude immunologique parasitaire. *Ann Med Interne* 1972; 123 : 941-4.
5. Vachon A, Dissard P. Les tumeurs inflammatoires rectosigmoïdiennes d'origine amibienne. *Rev Lyon Med* 1965; 4 : 1-8.
6. Cardoso JM, Kimura K, Stopen M, Cervantes LF, Elizondo L, Churchill R. *et al.* Radiology of invasive amebiasis of the colon. *Am J Roentgenol* 1977; 128 : 935-41.
7. Letâief A, Najah N, Chelli K, Khodjet El Khil A, Zauouche A., Mzabi R *et al.* Formes chirurgicales des colites amibiennes. *Tunis Med* 1982; 60 : 21-5.
8. Andre LJ, Chamort G. Amibiase. *EMC Mal Infect* 1978; 8083 A 10, 6-1978.
9. Hamdani A, Abi F, El Fares F, Mourid A. L'amoebome sigmoïdien : à propos d'un cas. *Tunis Med* 1987; 65 : 555-9.

## UNE TUMEUR SIGMOÏDIENNE COMPLIQUÉE : AMOEBOME PERFORÉ

**RÉSUMÉ** • L'amoebome colique est une pseudotumeur inflammatoire du côlon. Il peut être inaugural et poser le problème de diagnostic différentiel avec le cancer colique. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 43 ans, ayant présenté un syndrome abdominal aigu. Les examens morphologiques ont mis en évidence une tumeur du côlon sigmoïde perforée. Le diagnostic de cancer colique compliqué de perforation fût suspecté et une colectomie segmentaire basse fut réalisée. L'examen anatomopathologique de la pièce a permis de poser le diagnostic d'amoebome colique. Le malade a été mis par la suite sous traitement médical à base de métronidazole. L'amoebome bien que rare, doit être considéré comme un diagnostic différentiel du cancer devant toute masse colique.

**MOTS-CLÉS** • Amibiase. Amoebome. Tumeur colique. Tunisie.

## COMPLICATED SIGMOID TUMOR: PERFORATED AMOEBOMA

**ABSTRACT** • Amoeboma is an inflammatory mass of the colon. It can be an inaugural symptom and thus pose the problem of differential diagnosis with colon cancer. The purpose of this report is to describe the case of a 43-year-old patient who presented with acute abdomen. Physical examination revealed a perforated circumferential mass in the sigmoid colon. Based on a presumptive diagnosis of colonic cancer complicated by perforation, segmental colectomy was performed. Histological examination of the surgical specimen demonstrated colonic amoeboma. The patient was treated using metronidazole. Although rare, amoeboma must be considered in differential diagnosis of cancer of any colonic mass.

**KEY WORDS** • Amebiasis. Amoeboma. Colonic tumor. Tunisia.