

Une hépatopathie multinodulaire fébrile en zone tropicale

Simon N¹, Delaunay P¹, Pulcini C², Caramella T³, Marty P¹

1. Service de Parasitologie-Mycologie,

2. Service d'Infectiologie,

3. Service de Radiologie,

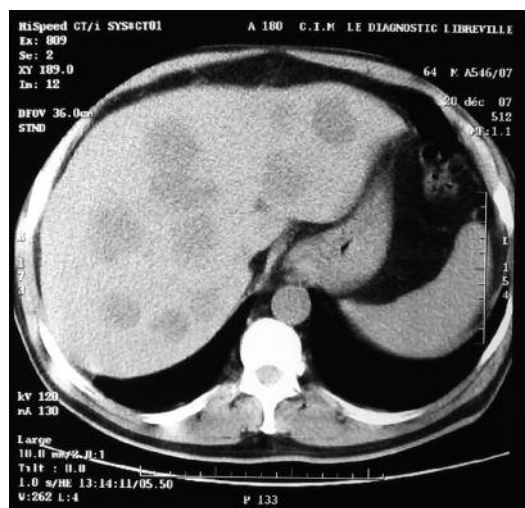
Centre Hospitalier Universitaire de Nice, France

Med Trop 2009; **69** : 603-605

Observation

Un homme âgé de 64 ans, caucasien, résidant au Gabon depuis 13 ans était hospitalisé à Libreville en décembre 2007 (J0) pour des douleurs de l'hypochondre droit, une fièvre à 41°C et un amaigrissement de 7 kg en un mois. La recherche de paludisme était négative. Une tomodensitométrie (TDM) abdomino-pelvienne montrait une hépatomégalie hétérogène et une dizaine de formations nodulaires hypodenses intra-hépatiques mesurant entre 20 et 50 mm de diamètre ne prenant pas le contraste (Fig. 1). On notait une hyperleucocytose (18 500 leucocytes/mm³ dont 6 500 polynucléaires neutrophiles) sans hyperéosinophilie et une accélération de la vitesse de sédimentation (VS) à 97 mm à la première heure. La protéine C-réactive (CRP) n'était pas dosée. Le patient présentait également des diarrhées sanglantes avec coprocultures et examens parasitologiques des selles négatifs. Il était traité per os par métronidazole (Flagyl®) 3x500 mg/j durant 10 jours associé à du céfixime (Oroken®) 2x200 mg/j. Après une semaine, la fièvre et la symptomatologie abdominale disparaissaient. Dix jours après l'arrêt du traitement (J20), le bilan montrait une normalisation du taux de leucocytes (9 600 leucocytes/mm³) mais la CRP était augmentée à 27,9 mg/L (normale < 5 mg/L).

Le patient a donc été adressé du Gabon au Centre Hospitalier Universitaire de Nice (J30) pour la poursuite du bilan étiologique. Une importante hépatomégalie était toujours observée. Il était apyrétique et son abdomen était souple. Le bilan hématologique montrait de nouveau une hyperleucocytose à 14 500 leucocytes/mm³ dont 6 500 polynucléaires neutrophiles ainsi qu'une anémie normochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine à 6,4 g/dL. Le bilan biologique mettait en évidence une accélération de la VS à 136 mm à la première heure et une augmentation de la CRP à 25,8 mg/L, des gamma glutamyl transférases à 1,5N et des phosphatases alcalines à 1,25N. La TDM confirmait un foie multinodulaire siège de nombreuses formations arrondies anéchogènes, bien limitées, avec un halo hypodense périphérique ne prenant pas le contraste. Les nodules les plus volumineux mesuraient jusqu'à 30 mm de diamètre. L'examen parasitologique des selles était négatif.



Tomodensitométrie (TDM) abdomino-pelvienne

Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : marty.p@chu-nice.fr

• Article reçu le 04/12/2008, définitivement accepté le 12/10/2009.

Réponse

Amibiase hépatique à multiples abcès

Devant ce tableau d'hépatalgie fébrile au retour d'un séjour outre-mer, avec ces images en TDM, une sérologie de l'amibiase a été demandée en priorité. Les deux tests effectués ont été positifs (Bichrolatex Fumouze® qualitatif positif et immunofluorescence indirecte Biomérieux® positive au 1/2 560 avec un seuil à 1/80). Il s'agit donc d'une amibiase hépatique multifocale survenue chez un expatrié résidant au Gabon dont la présentation sous forme d'abcès multiples est rare.

En l'absence d'indication de drainage et compte tenu de l'évolution favorable après les 10 jours de métronidazole, le patient regagnait le Gabon (J40) avec un traitement par amoebicide de contact : tiliquinol + tilbroquinol (Intetrix®) à la posologie de 2 gélules matin et soir pendant 10 jours. Deux mois après son retour à Libreville, un bilan biologique montrait une normalisation du taux de polynucléaires neutrophiles ($4611 /\text{mm}^3$) et de la CRP ($< 5\text{mg/L}$). La TDM ne mettait plus en évidence que deux hypodensités liquidiennes de 7,5 et 12,5 mm aux segments IV et VII pouvant être des kystes biliaires ou des cavités résiduelles d'abcès. L'évolution à distance a été favorable avec régression des signes cliniques et des anomalies en TDM.

Discussion

Peu de cas d'amibiase hépatique avec de multiples abcès sont rapportés (1- 4). En effet, la lésion amibienne est le plus classiquement solitaire et située au niveau du lobe droit. Toutefois, des abcès multiples peuvent apparaître dans des cas très évolués (5).

Devant de multiples nodules hypodenses en TDM, les étiologies à retenir en première intention sont néoplasiques et infectieuses. Le lieu d'exercice a valeur d'orientation. En effet sous nos latitudes par opposition à la zone inter-tropicale, une étiologie néoplasique est évoquée en premier mais elle était improbable chez ce patient du fait de l'absence de prise de contraste annulaire en TDM (sous réserve d'une bonne étude aux trois temps de l'opacification : artériel, équilibre et portal donc d'un TDM multibarettes), et de l'évolution favorable sous antibiothérapie. Le terrain (expatrié vivant au Gabon depuis 13 ans) et la clinique étaient compatibles avec deux étiologies infectieuses: abcès amibiens à évoquer en premier dans ce contexte ou à pyogènes. Les abcès à pyogènes touchent plutôt les hommes de plus de 50 ans. Ils s'associent volontiers à une maladie biliaire (angiocholite), un sepsis sous diaphragmatique (sigmoïdite, appendicite), un terrain débilite ou un contexte post-traumatique ou chirurgical (6-8). Paradoxalement, ils sont moins souvent symptomatiques que les abcès amibiens. La distinction par l'imagerie seule entre les deux types d'abcès est impossible, l'échographie montrant dans les deux cas une image liquidiennne à la phase d'état (6). La sérologie de l'amibiase, qui de façon étonnante, n'avait pas été pratiquée à Libreville, est donc le moyen le plus facile de trancher entre ces deux étiologies (avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 97 % pour la méthode ELISA). Ceci illustre bien les différentes approches diagnostiques et les différences d'accès à des outils biologiques simples selon le contexte sanitaire. De plus, un test thérapeutique au métronidazole, d'efficacité clinico-biologique très rapide en général, comme dans ce cas, constitue un argument fort allant contre une étiologie néoplasique ou bactérienne non anaérobie. La guérison radiologique est plus longue et peut prendre plusieurs mois. L'évolution est favorable sous traitement, en particulier la diminution de la taille des nodules, passant de 50 mm maximum à 12,5 mm maximum en 4 mois.

Conclusion

Ainsi, pour tout patient vivant en zone tropicale présentant une atteinte hépatique multinodulaire liquidiennne visualisée à l'échographie, une sérologie amibienne positive permettra de porter le diagnostic d'amibiase hépatique et la régression des images radiologiques sous traitement spécifique d'écarter l'hypothèse d'un processus néoplasique. De plus, on évitera ainsi la réalisation d'exams coûteux et souvent difficiles à réaliser dans les pays tropicaux.

« Arbre décisionnel devant une hépatopathie multinodulaire fébrile sous les tropiques »

Clinique	Une fièvre très élevée est en faveur d'une infection mais n'exclut pas la recherche d'une autre cause de sepsis (paludisme) et d'une étiologie néoplasique.
Biologie	VS accélérée et CRP élevée ne contribuent pas au diagnostic étiologique.
Echographie	Une lésion unique liquidiennne évoque un abcès, une lésion unique solide évoque un hépatocarcinome, des lésions multiples liquidiennes évoquent des abcès, des lésions multiples solides évoquent un hépatocarcinome multifocal ou des métastases.
Conduite à tenir	En cas de lésions échographiques liquidiennes prescrire une sérologie de l'amibiase. En cas de positivité, le diagnostic d'amibiase hépatique est établi. En cas de négativité, pratiquer des hémocultures et si besoin ponctionner l'abcès pour une analyse microbiologique du pus bactérien. Devant ces résultats on peut se passer de la TDM. Le test thérapeutique associant ceftriaxone + métronidazole n'est à pratiquer que si la sérologie de l'amibiase et la ponction hépatique ne sont pas réalisables, en commençant d'abord par le métronidazole auquel on associe la ceftriaxone en cas de non réponse clinico-biologique à la 72 ^e heure

Références

1. Ritchie J, Harper A, Malykh V, Rowland J. Amoebic liver abscess imitating metastatic caecal carcinoma. *Age Ageing* 2005; 34 : 527-8.
2. Sharma D, Patel LK, Vaidya VV. Amoeboma of ascending colon with multiple amoebic liver abscesses. *J Assoc Physicians India* 2001; 49 : 579-80.
3. Rajendra S, Kutty K. Caecal tumour with hepatic metastases? *Gut* 2005; 54 : 178.
4. Antón E. An elderly man with multiple hepatic lesions: other concepts on amoebic liver abscess. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53 : 1082.
5. Montfort I, Olivos García A, Ramos E, Nequiz M, Tello E. Hepatic amoebiasis. *Rev Gastroenterol Mex* 2006; 71 : 47-72.
6. Lodhi S, Sarwari AR, Muzammil M, Salam A, Smego RA. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. *Trop Med Int Health* 2004; 49 : 718-23.
7. Kurland JE, Brann OS. Pyogenic and amoebic liver abscesses. *Curr Gastroenterol Rep* 2004; 6 : 273-9.
8. Ahsan T, Jehangir MU, Mahmood T, Ahmed N, Saleem M, Shahid M, *et al.* Amoebic versus pyogenic liver abscess. *J Pak Med Assoc* 2002; 52 : 497-501.

HÉPATOPATHIE MULTINODULAIRE FÉBRILE EN ZONE TROPICALE: AMIBIASE HÉPATIQUE À ABCÈS MULTIPLES

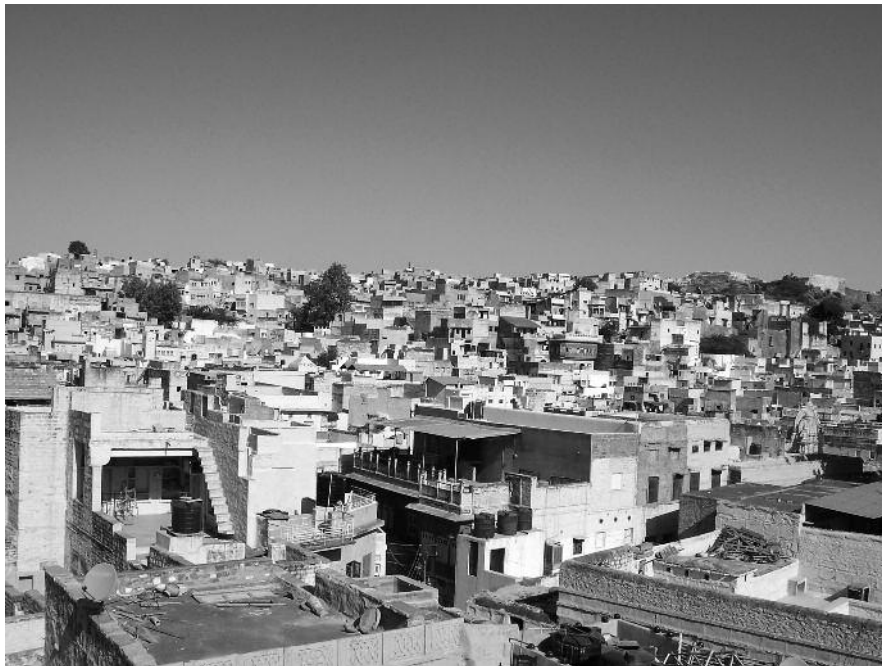
RÉSUMÉ • Fréquente en zone tropicale, l'amibiase hépatique comporte classiquement un abcès solitaire. La présentation multinodulaire d'une hépatopathie ne peut éliminer une étiologie amibienne. La sémiologie clinique et radiologique est insuffisante pour un diagnostic de certitude. La sérologie de l'amibiase devient alors indispensable. En cas d'impossibilité de la réaliser en zone inter-tropicale, un test thérapeutique par métronidazole garde toute sa valeur.

MOTS-CLÉS • Amibiase hépatique. Abcès hépatique. Gabon.

MULTINODULAR HEPATOPATHY WITH FEVER IN TROPICAL ZONES: HEPATIC AMEBIASIS WITH MULTIPLE ABSCESSSES

ABSTRACT • Hepatic amoebiasis is common in tropical zones. Solitary abscess is the classical form but multinodular presentation does not rule out amoebiasis as the underlying cause. Definitive diagnosis cannot be based on clinical and radiologic findings alone. Serological testing for amoebiasis is necessary. In zones where serology is unavailable, response to presumptive metronidazole treatment is still a useful for diagnosis.

KEY WORDS • Hepatic amoebiasis. Hepatic abscess. Gabon.



Jodhpur, Inde © Jacquier C.