

## Nodules hépatiques fébriles chez un marocain

Ennibi K<sup>1</sup>, Rabhi M<sup>1</sup>, Chemsî M<sup>1</sup>, Elouennass M<sup>2</sup>, Chaari J<sup>1</sup>, Toloune F<sup>1</sup>

1. Service de médecine interne,

2. Laboratoire de Bactériologie,

Hôpital militaire d'instruction Mohammed-V, Rabat, Maroc

*Med Trop* 2009 ; 69 : 509-511

### Observation

Un homme, âgé de 42 ans, du sud marocain, sans antécédent notable, ayant une consommation d'alcool modérée, était hospitalisé pour une fièvre oscillante entre 38°C et 39°C associée à une douleur sourde de l'hypochondre droit évoluant depuis deux mois. L'examen clinique mettait en évidence un patient en bon état général, ne présentant ni hépato-splénomégalie ni ictère. Il existait un syndrome inflammatoire biologique (VS 50 mm à la première heure et CRP = 40 mg/L), les leucocytes étaient chiffrés à 7000 /mm<sup>3</sup> avec des polynucléaires neutrophiles à 2500 /mm<sup>3</sup>, l'hémoglobine à 13g/dL. L'activité sérique de l'alanine aminotransférase (ALAT) était modérément élevée à 56 U/L (N< 31 U/L) ; l'aspartate aminotransférase (ASAT), les phosphatases alcalines (PAL), la  $\gamma$ -glutamyl transférase ( $\gamma$ -GT), la bilirubine totale étaient dans les valeurs usuelles. L'échographie hépatique montrait un foie de taille normale, de contours réguliers, présentant de multiples images hypoéchogènes, hétérogènes du dôme hépatique et du segment IV, d'environ 30 mm de diamètre, sans rapport avec les voies biliaires et ne comprimant pas les vaisseaux hépatiques (Fig. 1). L'abdomen sans préparation était normal. La tomодensitométrie retrouvait des images hypodenses d'environ 1 cm prenant le contraste au temps artériel sans calcification (Fig. 2 ; Fig. 3). L'imagerie par résonance magnétique objectivait leur caractère hypointense en T1 et hyperintense en T2 (Fig. 4, Fig. 5). La radiographie pulmonaire était normale. L'intradermoréaction à la tuberculine, la recherche de bacille de Koch dans le liquide gastrique et dans les urines étaient négatives, les sérologies virales B, C et du VIH, la recherche du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C par biologie moléculaire, les sérologies de Widal et Felix et de l'amibiase étaient négatives. Les marqueurs tumoraux CA 19-9, ACE, CYFRA 21.1, NSE, AFP et PSA étaient dans les valeurs usuelles. La coproculture et l'examen parasitologique des selles étaient sans anomalie à 3 reprises. L'examen anatomopathologique de la biopsie hépatique en zone saine montrait un aspect d'hépatite alcoolique chronique. Les nodules n'ont pu être biopsiés en raison de leur petite taille.

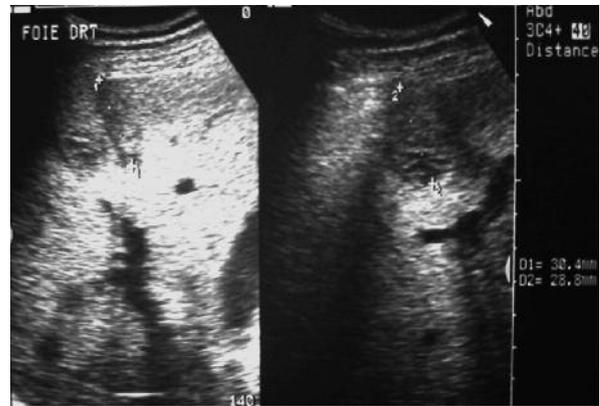


Figure 1. Echographie. Lésions nodulaires hypoéchogènes hétérogènes du dôme hépatique et segment IV



Figure 2. Tomodensitométrie. Formations nodulaires hypodenses.



Figure 3. Tomodensitométrie. Formations nodulaires prenant le contraste

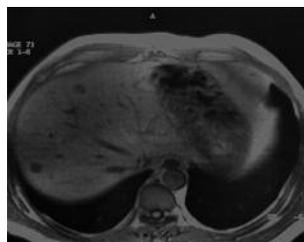


Figure 4. Imagerie par résonance magnétique nucléaire. Nodules hépatiques hypointenses en T1

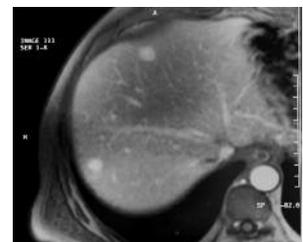


Figure 5. Imagerie par résonance magnétique nucléaire. Nodules hépatiques hyperintenses en T2.

### Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : kennibi@yahoo.fr

• Article reçu le 17/10/2008, définitivement accepté le 20/11/2008.

## Réponse

### Brucellose hépatique

Les hémocultures, réalisées à l'admission, mettaient en évidence après 10 jours d'incubation, un bacille gram négatif : *Brucella melitensis*. Le test d'agglutination sur lame au Rose Bengale était positif. Le diagnostic de brucellose hépatique était retenu. La recherche d'autres localisations par un scanner dorsolombaire et des sacro-iliaques, une scintigraphie osseuse et une échocardiographie, était négative. La biopsie ostéo-médullaire ne montrait pas de granulome. Un traitement associant d'abord doxycycline 200 mg/jour et gentamicine 160 mg/j pendant 10 jours relayé par l'association doxycycline 200 mg/j et rifampicine 1 200 mg/j permettait d'obtenir une apyrexie et une normalisation des tests biochimiques hépatiques et du syndrome inflammatoire. A 4 mois de traitement l'imagerie montrait la persistance d'une seule lésion ayant diminué de taille. Le traitement était maintenu pendant 9 mois ce qui permettait un nettoyage radiologique des lésions.

## Discussion

La brucellose hépatique se présente sous deux formes. La plus fréquente est une granulomatose hépatique souvent silencieuse (2). La seconde, correspondant à notre observation, est la forme focale de la maladie dite brucellose ou granulomatose nécrosante pseudotumorale. Elle est plus rare, représentant moins de 2 % des cas de brucellose (3). Dans la série libanaise de Tohmé *et al.* un seul cas a été rapporté chez une fillette de 4 ans (4). Ce brucellose hépatique est la conséquence de la fusion des lésions granulomateuses, secondaires à une réaction inflammatoire à l'agent infectieux entraînant la formation de nécrose, de foyer suppuré aboutissant à un véritable abcès (5). La symptomatologie clinique est faite d'une fièvre au long cours pratiquement constante, associée parfois à des sueurs et des frissons ou encore une douleur de l'hypochondre droit (6). En revanche l'examen clinique est généralement pauvre : l'hépatomégalie et/ou la splénomégalie sont rarement retrouvées (6). Les tests biochimiques hépatiques sont rarement perturbés. L'aspect morphologique prédominant à l'échographie et au scanner est celle d'une lésion unique, iso ou hypoéchogène, hétérogène, centrée par des calcifications et constituée de logettes liquidiennes dont les parois se rehaussent après injection de produit de contraste. Le caractère multiple des lésions de notre malade est rarement décrit : un seul cas est rapporté dans la série de Ruiz Carazo *et al.* (7). De même aucune calcification n'est observée chez notre patient : ceci peut être expliqué par le caractère récent de l'infection. L'IRM est non spécifique : l'image est hypo-intense en T1 et hyper-intense en T2. Le sérodiagnostic de Wright (non pratiqué de façon courante dans notre pays) est positif chaque fois qu'il est réalisé mais se positive tardivement (6). En revanche un seul cas avec hémoculture positive a été rapporté dans le travail publié par Halimi *et al.* (8). L'histologie contribue au diagnostic quand elle met en évidence un granulome (9). La culture d'un fragment de la lésion permet rarement d'objectiver le germe *Brucella melitensis* et ce en raison des antibiotiques généralement prescrits au préalable (10). L'intérêt de la recherche d'ADN bactérien par biologie moléculaire pratiquée sur le tissu hépatique ou sur du pus a été rapporté (11). Le traitement fait appel le plus souvent à l'association doxycycline 200 mg/j et rifampicine 900 à 1200 mg/j pendant 2 à 12 mois ; en cas d'échec il y a indication d'un drainage chirurgical (6). Le pronostic est généralement bon.

## Conclusion

Le brucellose est une atteinte hépatique de la brucellose tout à fait exceptionnelle. Son diagnostic repose sur l'association d'arguments radiologiques, d'un sérodiagnostic positif et d'une histologie mettant en évidence un granulome et/ou de l'isolement de *Brucella melitensis*.

## Références

1. Janbon F. Foie et brucellose. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : 431-2.
2. Cazal P. Les lésions de l'hépatite brucellienne. *Sem Hop Paris* 1949 ; 25 : 1351-4.
3. Ariza J, Pigrau C, Canas C, Marron A, Martinez F, Almirante B *et al.* Current understanding and management of chronic hepatosplenic suppurative brucellosis. *Clin Infect Dis* 2001 ; 32 : 1024-33.
4. Thomé A, Hammoud A, El Rassi B, Germanos-Haddad M, Ghayad E. Brucellose humaine : étude rétrospective de 63 cas observés au Liban. *Press Med* 2001 ; 30 : 1339-43.
5. Chagneau-Derode C, Silvain C. Abcès bactériens du foie. *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28 : 470-6.
6. Halimi C, Bringard N, Boyer N, Vilgrain V, Panis Y, Degott C *et al.* Brucellose hépatique : deux nouveaux cas et revue de la littérature. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : 513-7.
7. Ruiz Carazo E, Munoz Parra F, Jimenez Villares MP, del Mar Castellano Garcia M, Moyano Calvente SL, Medina Benitez A. Hepatosplenic brucellosis : clinical presentation and imaging features in six cases. *Abdom Imaging* 2005 ; 30 : 291-6.
8. Luzi P, Lungarella G, Leoncini L, Miracco C. Histopathology of the hepatic lesions in brucellosis based on biopsy findings. *Quad Sclavo Diagn* 1980 ; 16 : 30-9.
9. Halimi C, Bringard N. La brucellose hépatique. *Hepato-Gastro* 1998 ; 5 : 353-6.
10. Sisteron O, Souci J, Chevallier P, Cua E, Bruneton JN. Hepatic abscess caused by *Brucella*. US, CT and MRI findings: case report and review of the literature. *Clin Imaging* 2002 ; 26 : 414-7.
11. De Dios Colmenero J, Queipo-Ortuno MI, Maria Reguera J, Angel Suarez-Munoz M, Martin-Carballino S, Morata P. Chronic hepatosplenic abscesses in brucellosis. Clinicotherapeutic features and molecular diagnostic approach. *Diag Microbiol Inf Dis* 2002 ; 42 : 159-67.

**NODULES HÉPATIQUES FÉBRILES CHEZ UN MAROCAIN : BRUCELLOME HÉPATIQUE**

**RÉSUMÉ** • Le brucellome est une localisation exceptionnelle au cours de la brucellose. Nous rapportons le cas d'un homme de 42 ans hospitalisé pour une cytolysse fébrile. Le bilan morphologique met en évidence des lésions hypoéchogènes à l'échographie et hypodenses au scanner prenant le produit de contraste. Le test d'agglutination sur lame au Rose Bengale est positif et les hémocultures mettent en évidence *Brucella melitensis*. Le brucellome hépatique est une forme focale abcédée d'une brucellose passée inaperçue ou mal traitée. Le diagnostic repose sur un ensemble d'arguments à savoir la présence de calcifications radiologiques, des hémocultures mettant en évidence la bactérie à la phase aiguë et un sérodiagnostic positif à une phase tardive. Le traitement est d'abord médical associant doxycycline et rifampicine pendant 2 à 12 mois. En cas d'échec le drainage chirurgical peut être proposé.

**MOTS-CLÉS** • Brucellose. Brucellome. Brucellome hépatique. Foie. Maroc.

**NODULAR LIVER LESIONS WITH FEVER IN A MOROCCAN MAN: HEPATIC BRUCELLOMA**

**ABSTRACT** • Hepatic brucelloma is an exceptional localization in brucellosis. The purpose of this report is to describe an uncommon case involving a 42-year-old man hospitalized for febrile hepatic cytolysis. Diagnosis was established based on positive rose bengal test results, positive blood culture, hypoechoic masses on ultrasound, and hypodense enhancing masses on CT scan. Hepatic brucelloma is a focal suppurative lesion occurring after undetected acute brucellosis or undertreated brucellosis. Diagnosis is based on the association of imaging showing characteristic features (hepatic calcifications) and on positive blood culture and serology. First-line treatment should consist of doxycycline and rifampicin for 2 to 12 months. If medical treatment fails, surgical drainage should be performed.

**KEY WORDS** • Brucellosis. Brucelloma. Hepatic brucelloma. Liver. Morocco.



*Louxor, Egypte, 2008 © Jacquier C*