

Difficultés diagnostiques de l'association Amoebome colique et abcès amibien du foie : à propos d'une observation à Dakar

*Diagnostic difficulties of the association amoeboma colic and amoebic liver abscess:
report of a case in Dakar.*

P.S. Touré (1,2)*, A. Lélye (1), Y.M. Lélye (1), M.M. Diop (1),
S. El Fajri (1), M. Diop (1), M.M. Ka (2)

(1) Service de Médecine Interne au Centre Hospitalier National de Pikine, Sis Ex Camp Militaire de Thiaroye, Dakar, Sénégal

(2) Université de Thiès, UFR des Sciences de La Santé, Ex LO^{ème} RAIOM, Thiès, Sénégal

Résumé

L'amibiase est la parasitose digestive la plus fréquente dans les pays en développement. Elle offre un polymorphisme clinique sans spécificités particulières. Elle peut rarement se compliquer d'amoebome, qui est une pseudotumeur inflammatoire du côlon. La découverte concomitante d'un amoebome et d'un abcès amibien du foie, amène souvent à évoquer une néoplasie colique avec localisation secondaire hépatique. Nous rapportons un cas de cette association chez un sénégalais de 39 ans. Les signes radiologiques et endoscopiques du colon nous ont fait penser d'abord à un cancer colique. La mise en évidence de pus à la ponction échoguidée du foie associée à une sérologie amibienne positive, en plus de l'absence de caractère histologique de malignité aux biopsies coliques nous ont permis de retenir le diagnostic de l'amoebome. L'évolution clinique et radiologique était favorable sous métronidazole. L'amoebome bien que rare, doit être considéré en milieu tropical comme un diagnostic différentiel du cancer devant toute masse colique. Ce qui peut éviter au malade un geste chirurgical inutile.

Mots clés: amibiase, amoebome, abcès du foie, cancer colique

Abstract

Amoebiasis is the most common gastrointestinal parasitosis infection in developing countries. It offers a clinical polymorphism without any particular specificity. It can often be complicated by amoeboma, which is an inflammatory pseudotumor of the colon. The discovery of a concomitant amoeboma with an amoebic liver abscess, often leads to colonic neoplasia suspicion with hepatic secondary location. We report a case of this combination in a 39-year-old Senegalese man. In our case the radiological and endoscopic results made us think first to a colon cancer. The detection of pus in an ultrasound guided tap of the liver associated with positive amoebic serology, in the absence of histological characteristics of malignancy in colonic biopsies, allowed to retain the diagnosis of amoeboma. The favorable clinical and radiological progression were attributed to treatment with metronidazole. The amoeboma although rare, should be considered in the tropics as a differential diagnosis of colon cancer in all presentations of colonic masses, even more so if an infectious syndrome was found. This can prevent the patient risky surgical procedures.

Keywords: amoebiasis, amoeboma, liver abscess, colon cancer

Introduction

L'amibiase est endémique dans nos pays en voie de développement, où elle représente un problème de santé publique majeur [1]. Sa forte incidence est liée au péril fécal et à l'existence de porteurs asymptomatiques. Le diagnostic et le traitement corrects, précoces

de l'amibiase invasive, deviennent un impératif pour éviter des complications; parmi lesquelles l'abcès amibien du foie est la plus fréquente et l'amoebome colique qui en est plus rare. Quand ils sont associés, leurs présentations peuvent simuler un cancer du côlon avec une localisation secondaire hépatique [2], soulevant des difficultés diagnostiques.

Nous rapportons une association d'amoebome colique

à un abcès amibien du foie chez un patient âgé de 39 ans.

Observation

Un sénégalais de 39 ans était hospitalisé pour une douleur de l'hypochondre et du flanc droits évoluant depuis sept semaines. Cette symptomatologie évoluait dans un contexte d'altération fébrile de l'état général, sans diarrhée ni constipation. Dans ses antécédents, on notait une pyélolithotomie en 2002 pour une lithiase rénale droite. L'examen clinique trouvait une hyperthermie à 39,4 °C, une hépatomégalie ferme douloureuse. Il n'y avait pas de masse tumorale palpable au toucher rectal. Le reste de l'examen clinique était normal. Les explorations biologiques révélaient une anémie microcytaire à 10,9 g/dL, une hyperleucocytose à 17050/mm³ dont 13 300 /mm³ polynucléaires neutrophiles, une vitesse de sédimentation des hématies (VSH) accélérée à 113 mm à la première heure, une protéine C réactive (CRP) élevée à 96 mg/L, une hyperfibrinémie à 11 g/L, une discrète cytololyse avec des aspartates amino-transférases (ASAT) à 72UI/L (N<35).

La tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne (Figures 1 et 2) concluait à une tumeur du colon ascendant avec localisation secondaire hépatique, par la mise en évidence d'un épaissement pariétal circonférentiel du colon droit de 18 mm; associé à une formation nodulaire hypodense de 42 mm de diamètre du lobe droit.

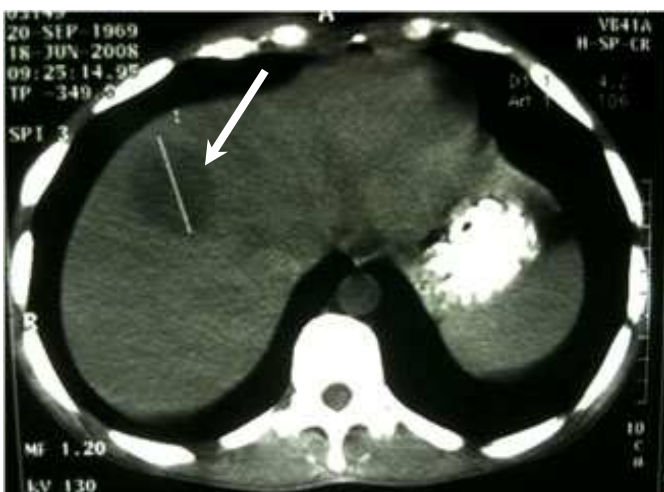


Figure 1. TDM abdominale en coupe axiale non injectée avec balisage digestif au micropaque: formation nodulaire hypodense du lobe droit du foie.

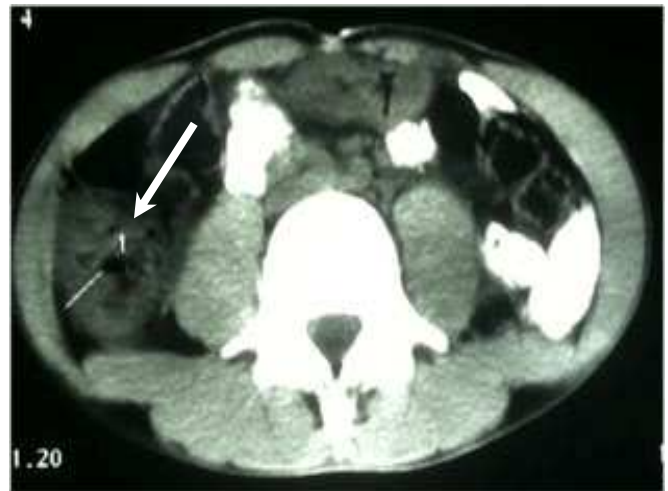


Figure 2. TDM abdominale en coupe axiale non injectée avec balisage digestif au micropaque: épaissement pariétal circonférentiel du colon droit.

La colonoscopie mettait en évidence un processus tumoral bourgeonnant non sténosant de contours irréguliers, avec des plages ulcérées au niveau de l'angle colique droit, ainsi que la partie terminale du colon ascendant. L'histologie des pièces biopsiques concluait à une colite subaigüe érosive avec absence de caractère histologique de malignité.

Une ponction échoguidée du nodule hépatique effectuée dans ce contexte fébrile, ramenait 20 mL de pus jaunâtre non fétide; dont l'analyse microbiologique était stérile. La fièvre ainsi que les douleurs abdominales persistaient malgré une antibiothérapie à base de cefotaxime et de ciprofloxacine. La sérologie amibienne par immunofluorescence indirecte, fortement positive à 1420 (N<80), était confirmée au 6^{ème} jour d'hospitalisation.

Un traitement par du métronidazole en perfusion était prescrit durant 4 jours, relayé par la voie orale pendant 2 semaines, associé à une ponction évacuatrice de 130 mL de pus jaunâtre de l'abcès du foie. Un traitement d'éradication des formes kystiques et minuta avec du tiliquinol-tilbroquinol était donné durant 10 jours.

L'évolution était favorable sous ce traitement spécifique avec une apyrexie stable après 7 jours de traitement, une disparition progressive de la douleur de l'hypochondre et du flanc droit, avec reprise de l'appétit, un gain pondéral de 3 kg après 5 semaines et une disparition du syndrome inflammatoire biologique après 2 semaines. Le contrôle échographique à un mois de suivi montrait une lacune cicatricielle de l'abcès du foie et une absence d'anomalie du colon droit.

Discussion

L'amibiase est une protozoose due à *Entamoeba histolytica* primitivement intestinale, qui peut migrer dans divers organes notamment le foie. Elle entraîne ainsi une amibiase hépatique, qui est la complication extra-intestinale la plus fréquente [2]. L'amibiase peut se compliquer également d'une pseudotumeur inflammatoire du colon définissant l'amoebome colique, dont la prévalence est estimée à seulement 1,5% des complications [3]. Cette faible prévalence de l'amoebome pourrait s'expliquer en partie par ses manifestations cliniques non spécifiques pouvant se résumer à des troubles digestifs mineurs répondant bien au traitement par du métronidazole; et par le fait qu'on y pense rarement.

L'amoebome peut survenir d'emblée ou compliquer une amibiase intestinale après une longue période, pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois. Il résulte de la formation de tissus de granulation annulaire. Sa symptomatologie est variable. Elle est faite en général de douleur abdominale, de diarrhée glairo-sanglante. Plus rarement, c'est un tableau de constipation, voire de syndrome subocclusif [4], ou une masse abdominale [5]. La manifestation révélatrice était une douleur du flanc droit dans notre observation. L'amoebome pose le problème diagnostique avec le carcinome colique de par ses manifestations cliniques, radiologiques et endoscopiques. Il ne devrait pas être confondu également avec la tuberculose iléo-cæcale hypertrophique, l'abcès appendiculaire surtout chez le sujet jeune, l'actinomycose pseudotumorale, la bilharziose intestinale et les maladies inflammatoires intestinales chroniques comme la maladie de Crohn iléo-cæcale [3, 5].

La certitude diagnostique peut être obtenue à la colonoscopie avec biopsie dont l'examen histopathologique montre un infiltrat lympho-plasmocytaire avec de nombreuses amibes hématophages et l'absence de caractère histologique de malignité. Comme chez notre patient, l'histologie des biopsies coliques n'est parfois pas concluante en faveur d'un amoebome. Elle fait généralement état de signes de colite non spécifique [2, 5]. L'évolution favorable sous traitement anti-amibien, avec en particulier la fonte tumorale est un argument supplémentaire pour le diagnostic d'amoebome.

Les tests immunologiques [6] ont également une valeur diagnostique considérable. Une sérologie amibienne fortement positive couplée à l'imagerie abdominale est très évocatrice d'amoebose viscérale en particulier

hépatique, comme dans nos deux observations.

L'association amoebome colique et abcès amibien du foie, est sensible au traitement médical avec les dérivés 5-nitro-imidazolés dont le chef de file est le métronidazole [7]. A ce traitement sont associés les amoebicides de contact pour le traitement d'éradication des formes minuta et kystiques de l'amibe.

La chirurgie en plus du traitement médical n'est indiquée que dans les formes occlusives d'amoebome, ou lorsque survient un mégacolon toxique; plus rarement en cas d'incertitude diagnostique endoscopique et radiologique [5].

L'amoebome colique associé à un abcès amibien du foie peut être confondu avec un carcinome du côlon avec une localisation secondaire hépatique [2,4,8]. L'atteinte colique est fréquente chez les malades ayant un abcès amibien du foie [3], mais la plupart des patients ne souffrent pas de diarrhée, probablement en raison de l'atteinte très limitée de la pathologie, à la partie droite du côlon [3]. Dans nos régions où l'abcès amibien du foie est courant, l'inverse peut se produire. Un cancer ou une tuberculose colique peuvent être valablement confondus avec un amoebome, en particulier chez les patients ayant un abcès amibien du foie concomitant à des douleurs localisées au cadre colique dans un contexte infectieux [2,3].

Conclusion

Au vu du contexte endémique de l'amibiase dans nos régions, l'amoebome colique bien que rare doit être considéré comme un diagnostic différentiel du cancer devant toute masse colique. L'abcès amibien du foie, associé à un amoebome ne devrait pas être confondu à une localisation secondaire, pouvant égarer le diagnostic et retarder la prise en charge. Dans un contexte fébrile en milieu tropical, cette association doit faire pratiquer une sérologie amibienne.

Références

1. Paris L, Thellier M, Faussart A, et al. Epidémiologie mondiale des maladies parasitaires. *Rev Prat* 2007; 57: 131-6.
2. Fernandes H, D'Souza CR, Swethadri GK, et al. Amoeboma of the colon with amoebic liver abscess mimicking metastatic colon cancer. *Indian J Pathol Microbiol* 2009; 52: 228-30.
3. Misra SP, Misra V, Dwivedi M. Ileocaecal masses in patients with amoebic liver abscess: Etiology and management. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 1933-6.
4. Ng DC, Kwok SY, Cheng Y, et al. Colonic amoebic abscess mimicking carcinoma of the colon. *Hong Kong Med J* 2006; 12: 71-3.

5. Rouas L, Amrani M, Reguragui A, *et al.* Amoebome colique: difficultés diagnostiques à propos d'un cas. *Med Trop* 2004; 64: 176-8.
6. Fotedar R, Stark D, Beebe N, *et al.* Laboratory diagnostic techniques for Entamoeba species. *Clin Microbiol Rev* 2007; 20 (3): 511-32.
7. Powell SJ, Mcleod I, Wilmot AL, *et al.* Metronidazole in amoebic dysentery and amoebic liver abscess. *Lancet* 1966; 2: 1329-31 (abstract).
8. Sharma D, Patel L K, Vaidya VV. Amoeboma of ascending colon with multiple liver abscesses. *J Assoc Physicians India* 2001; 49: 579-80 (abstract).