

Médecine des migrations

Abcès stérile en provenance de la Corne de l'Afrique

Elisabeth Schmit^a, médecin diplômée; Dr méd. Cornelia Staehelin^b; Dr méd. et phil. Corina Kim-Fuchs^c; Dr méd. Simone Röthlisberger^d; Dr méd. Christiane H. A. Resch^e

^a Medizinische Klinik, Spital Thun, Thun; ^b Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital, Bern; ^c Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin, Inselspital, Bauchzentrum Bern, Bern; ^d Medizinisches Zentrum Thun am Bahnhof, Thun; ^e Infektiologie, Medizinische Klinik, Spital Thun, Thun

Rapport de cas

Anamnèse et statut

Un patient âgé de 37 ans s'est présenté dans notre cabinet avec une fièvre de 39,5 °C persistant depuis 2 semaines, un malaise, des nausées, une sensation de pression au niveau de l'hémi-abdomen droit ainsi que des céphalées et une toux sèche. Sur le plan clinique, le patient était léthargique, dans un état général diminué, hypotendu et tachycarde.

Le patient, enseignant de formation, était originaire d'Erythrée, vivait en Suisse depuis 2012 et n'avait pas effectué de séjour à l'étranger depuis son arrivée. En Suisse, il exerçait une activité agricole (viticulture) sans contact direct avec des animaux. Aucune maladie secondaire significative n'était connue.

Résultats, diagnostic et traitement

L'analyse biochimique a révélé des paramètres d'inflammation et des valeurs hépatiques accrus: leucocytes 20 G/l (valeur normale 3,2–9,8 G/l) avec 16 G/l neutrophiles, protéine C-réactive (CRP) 146 mg/l (valeur normale <5 mg/l), aspartate aminotransférase (ASAT) 61 U/l (valeur normale chez les hommes <50 U/l, chez les femmes <35 U/l), alanine aminotransférase (ALAT) 113 U/l (valeur normale chez les hommes <50 U/l, chez les femmes <35 U/l), gammaglutamyltransférase (Gamma-GT) 231 U/l (valeur normale chez les hommes <60 U/l, chez les femmes <40 U/l), phosphatase alcaline 189 U/l (valeur normale 30–120 U/l), bilirubine normale.

L'échographie a mis en évidence une masse avec suspicion d'abcès au niveau du foie. À la tomodensitométrie (TDM), ce résultat se présentait sous forme d'une masse solitaire renfermant du liquide avec calcification, de dimensions 6,3 × 4,2 × 7,0 cm, dans le segment VIII du foie (fig. 1).

Une ponction guidée par TDM avec drainage, réalisée au septième jour d'hospitalisation sous traitement antibiotique intraveineux par ceftriaxone 2 g et métronidazole 3 × 500 mg par jour, a permis d'extraire une petite quantité de sécrétion trouble; les cultures microbiologiques sont restées stériles. Huit jours plus tard, le drain a été retiré après arrêt de la dérivation. Les cultures sanguines et la sérologie à la recherche d'échinocoques et d'amibes sont restées négatives.

Au vu du contexte migratoire, la recherche de l'agent pathogène a été élargie. La sérologie

de la brucellose s'est montrée positive, avec des titres élevés d'immunoglobuline (Ig) G (192 U/ml, référence <20 U/ml) et un taux limite d'IgM (17,4 U/ml, référence <15 U/ml). La réaction de polymérisation en chaîne (PCR) à la recherche de différentes espèces de *Brucella* à partir du liquide de ponction de l'abcès s'est étonnement révélée positive avec 25 millions de copies/ml, malgré 9 ans d'absence de la région endémique [3]. Il n'a pas été possible de déterminer l'espèce.

La constellation constituée du titre d'anticorps et de l'évidence PCR à partir du liquide extrait de l'abcès, en plus d'une présentation cli-

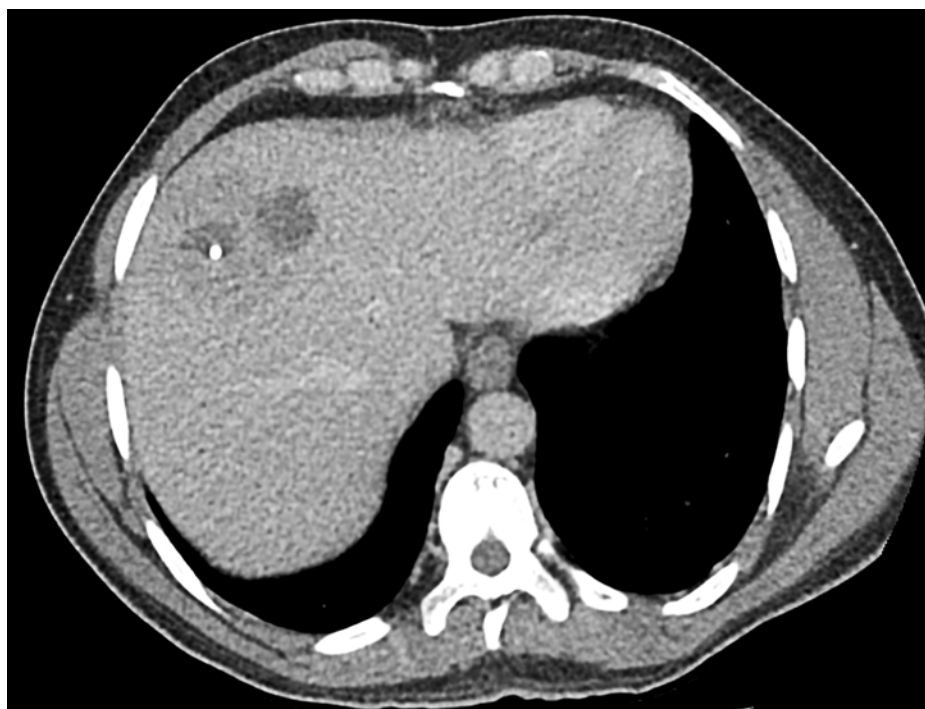


Figure 1: Tomodensitométrie de l'abdomen, plan transversal. Masse hypodense (flèche) avec calcification centrale solitaire, dimensions 6,3 × 4,2 × 7,0 cm, dans le segment hépatique VIII (densité entre 35 et 40 unités de Hounsfield [UH]).

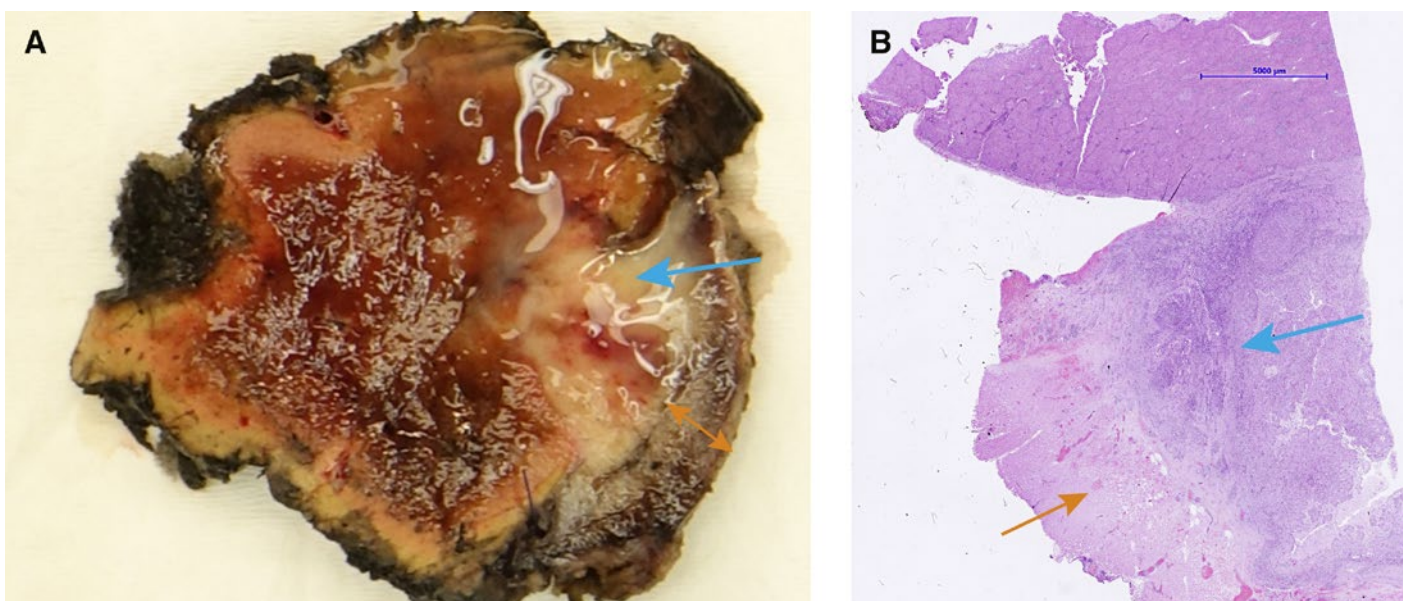


Figure 2: A) Résultat macroscopique du brucellome réséqué. Brucellome (flèche bleue), tissu hépatique normal (flèche orange). B) Résultat microscopique du brucellome réséqué, coloration à l'hématoxyline-éosine (la barre bleue correspond à 5000 µm). Inflammation granuleuse et granulomateuse (flèche bleue), tissu hépatique normal (flèche orange).

nique et d'une anamnèse de l'origine compatibles, ne laissait aucun doute quant au diagnostic d'une brucellose avec manifestation focale sous forme d'abcès hépatique partiellement calcifié, correspondant à un brucellome hépatique.

Le traitement antibiotique a été assuré par doxycycline 2 × 100 mg per os et gentamicine 320 mg par voie intraveineuse, cette dernière a été remplacée par la rifampicine 600 mg en ambulatoire. En raison de l'interaction avec la rifampicine, la doxycycline a été augmentée à une dose de 3 × 100 mg.

Évolution

Après le début du traitement antibiotique, l'état clinique et les valeurs de laboratoire du patient se sont constamment améliorés. Les titres d'anticorps ont continué d'augmenter, le taux d'IgM a atteint son pic au bout de 5 semaines à raison de 27 U/ml, celui d'IgG une valeur maximale de 330 U/ml après 7 semaines.

L'échographie avec produit de contraste réalisée 6 semaines après le début du traitement antibiotique a toutefois montré une masse persistante de dimensions 4,5 × 2,5 cm avec un abcès résiduel le long de l'ancien canal d'insertion du drain.

Au vu de ce résultat malgré le drainage percutané et le traitement antibiotique en place depuis 6 semaines, le comité hépatique interdisciplinaire du centre hospitalier voisin a opté pour un curetage. Le brucellome a été retiré par chirurgie ouverte au moyen d'une résection hépatique centrale. L'analyse pathologique a mis en évidence une inflammation granulomateuse typique de la brucellose avec nécrose focale ainsi qu'une inflammation lymphocytaire (fig. 2). L'agent pathogène ne pouvait

plus être mis en évidence au moyen de la PCR.

Le traitement antibiotique a été poursuivi pendant 6 semaines après l'opération. Par la suite, les paramètres de l'inflammation et valeurs hépatiques se trouvaient constamment dans la fourchette normale. Des douleurs intermittentes ont toutefois persisté dans la région de l'opération. Dix semaines après l'intervention, l'échographie avec produit de contraste a encore permis de mettre en évidence du tissu granulomateux dans la zone de résection, partiellement accompagné de signes d'activité. Des contrôles de suivi étroits ont donc été prévus.

Discussion

Le brucellome hépatique est une complication rare de la brucellose (1–2% des cas), une zoonose rare en Suisse, mais comptant parmi les plus fréquentes dans le monde. La brucellose touche surtout les animaux d'élevage (vaches, moutons, chèvres) dans l'espace méditerranéen ainsi qu'au Proche-Orient, en Afrique, Asie centrale et Amérique latine. Depuis 1904, la littérature anglophone ne compte que 60 cas documentés de brucellome hépatique. La Corne de l'Afrique fait partie des régions endémiques. La séroprévalence de la brucellose chez l'humain y est, avec de nombreux cas non recensés, soumise à de fortes variations et atteint jusqu'à 5,45% dans la littérature. En Suisse, la brucellose est éradiquée dans les élevages depuis 1998. Nous postulons donc, dans notre cas, la réactivation d'une infection chronique asymptomatique. La longue latence n'est pas inhabituelle. Des manifestations symptomatiques sont décrites jusqu'à 40 ans après l'infection initiale.

La présentation clinique de la brucellose est variée. L'établissement du diagnostic est rendu difficile par un large diagnostic différentiel constitué de maladies endémiques, en particulier la tuberculose. La fièvre (ondulante), les sueurs nocturnes, les céphalées et myalgies sont caractéristiques. Une grande partie des patientes et patients présentent des manifestations focales survenant principalement sous forme d'arthrite, de spondylite ou d'ostéomyélite. La formation d'abcès est toutefois possible dans tous les organes [1, 2].

Le diagnostic au moyen de la sérologie est difficile chez les personnes issues des régions endémiques. Une cicatrice sérologique peut persister pendant des années. Une infection active peut exister en présence d'une hausse du titre des anticorps pertinents lors de mesures répétées sur 2 à 3 semaines ou en cas de valeur unique élevée, la valeur seuil n'étant pas clairement définie. La littérature propose comme valeur limite au test d'agglutination 1:160 en dehors des zones endémiques et >1:320 dans les régions endémiques. L'isolement par culture de l'agent pathogène à partir du sang ou du tissu concerné doit avoir lieu dans des conditions de sécurité biologique de niveau (BSL) 3 (informer préalablement le laboratoire en cas de suspicion clinique!), il est long et souvent sans succès, en particulier en présence d'évolutions chroniques. Les analyses de biologie moléculaire sont de plus en plus souvent employées.

L'imagerie (échographie, tomographie, imagerie par résonance magnétique [fig. 3]) fournit des critères diagnostiques qui sont certes non spécifiques, mais indiquent un abcès atypique [4, 5]. Sur le plan radiologique, le brucel-

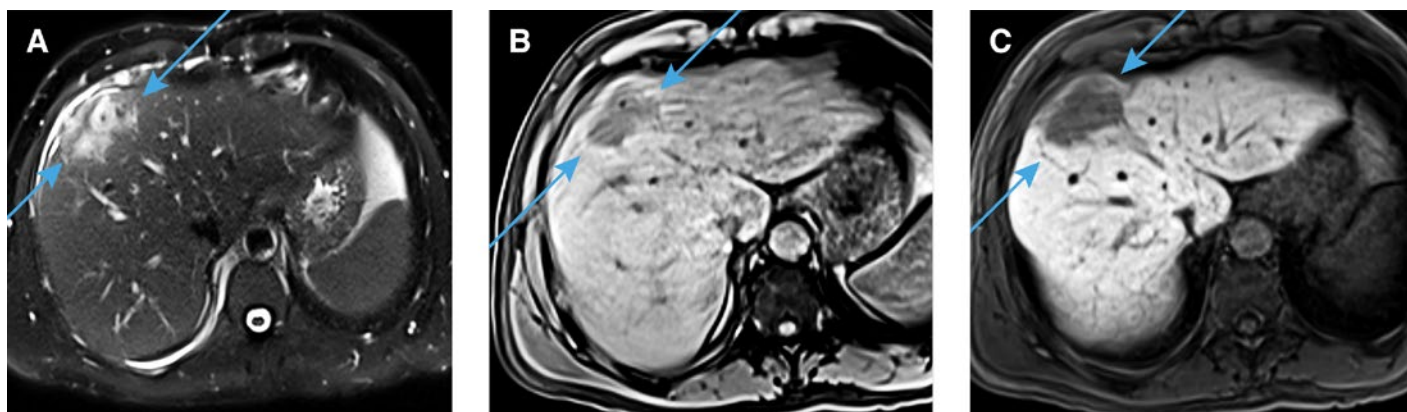


Figure 3: Imagerie par résonance magnétique de l'abdomen, coupe transversale, séquence HASTE T2 (A), séquence T1 native (B), séquence T1 avec produit de contraste en phase hépatocytaire spécifique (Gd-EOB-DPTA) (C). Lésion intrahépatique (flèche) hyperintense en T2 (A), hypointense en T1 (B, C) avec calcification centrale. HASTE: Half Acquisition Single-Shot Turbo Spin Echo; Gd-EOB-DPTA: Gadolinium Ethoxybenzyl Diethylenetriamine Pentaacetic Acid.

lome se présente généralement sous forme de lésion avec suspicion d'abcès (masse hypoéchogène / hypodense solitaire). Celle-ci est typiquement entourée de liquide et présente une calcification centrale comme signe de chronicisation.

Le traitement des abcès hépatiques dépend de l'agent pathogène (choix de l'antibiotique), du nombre et de la taille ainsi que de l'accessibilité anatomique. En présence d'un petit abcès (valeur indicative <3 cm), un traitement antibiotique seul est la méthode de choix, tandis qu'un drainage percutané (avec ponction diagnostique) est indiqué pour les abcès solitaires plus gros. La durée moyenne de drainage des abcès à pyogènes est de 23 jours. Une résection chirurgicale a lieu en cas d'abcès multifocaux difficiles d'accès ou encore d'échec du traitement préalable ou de complications.

Les données de la littérature concernant le traitement du brucellose hépatique se limitent à des exemples de cas. Il manque des recommandations thérapeutiques uniformes. Sous traitement antibiotique conservateur, un échec thérapeutique ou une récurrence sont attendus dans plus de la moitié des cas, malgré un drainage percutané. La combinaison avec un traitement chirurgical est donc souvent nécessaire. Il n'existe pas de protocole standard relatif au traitement antibiotique. Dans les cas décrits, il a le plus souvent été fait appel à la doxycycline 2 × 100 mg/d et la rifampicine 600 mg/d pendant 6 à 8 semaines. Une prolongation de la durée du traitement jusqu'à plusieurs mois peut être individuellement nécessaire [2, 4, 5].

En raison des récurrences fréquentes (généralement dues à un traitement primaire insuffisant), des contrôles de suivi sur 2 ans sont re-

L'essentiel pour la pratique

- La présentation des abcès hépatiques est souvent non spécifique avec de la fièvre et des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen. Le diagnostic de laboratoire révèle une situation inflammatoire facultativement accompagnée d'une hausse des transaminases et des paramètres de cholestase. La radiographie met en évidence des abcès hépatiques sous forme de masses solitaires ou multiples, que l'imagerie ne permet pas de distinguer avec certitude de lésions malignes ou d'autres lésions bénignes (p. ex. kystes hépatiques congénitaux, échinococcose kystique).
- Les abcès hépatiques bactériens sont les plus fréquents en Suisse: ces abcès hépatiques à pyogènes sont généralement d'origine polymicrobienne (anaérobies intestinales, agents pathogènes à Gram négatif tels que *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae* ou des espèces de *Streptococcus*).
- Dans les régions subtropicales et tropicales, les abcès hépatiques parasitaires sont plus fréquents, en particulier l'abcès amibien du foie (causé par *Entamoeba histolytica*). Chez les personnes immuno-incompétentes, des abcès fongiques (généralement causés par *Candida albicans*) peuvent aussi survenir.
- En cas de suspicion radiologique d'abcès hépatique, il convient de rechercher l'agent pathogène au moyen de cultures sanguines et d'une ponction guidée par imagerie (si besoin avec pose simultanée d'un drain thérapeutique) pour prélever du matériel, en plus d'une sérologie à la recherche d'échinocoques et de *Entamoeba histolytica*.
- Les abcès stériles, c'est-à-dire sans culture bactérienne, sont rares et peuvent survenir en cas de maladies infectieuses chroniques, en particulier la tuberculose ou, comme dans notre cas, une brucellose.

commandés. L'évolution critique (état général, courbe de poids) par échographie est mieux adaptée à cet effet que la sérologie.

Correspondance

Elisabeth Schmit
Medizinische Klinik
Spital Thun
Krankenhausstrasse 12
CH-3600 Thun
elisabeth.schmit[at]spitalstsag.ch

Informed consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement le Dr André Wyss, médecin-chef du service de radiologie de l'hôpital de Thun, ainsi que le Dr Matteo Montani de l'Institut de pathologie de l'université de Berne, pour la mise à disposition des figures.

Disclosure statement

CS a indiqué avoir reçu un sponsoring des partenaires de la «Swiss Academic Foundation For Education In Infectious Diseases» (SAFE-ID) pour le Congrès annuel sur les maladies infectieuses et la médecine tropicale et médecine des voyages à Montreux les 2 et 3 septembre 2021. Par ailleurs, elle indique être la Présidente de la Société suisse de médecine tropicale et de médecine des voyages (bénévolement). Les autres auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Kasper DL, Fauci AS. Harrison's Infectious Diseases, 1. Aufl. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2010.
- 2 Barutta L, Ferrigno D, Melchio R, Borretta V, Bracco C, Brignone C, et al. Hepatic brucellosis. Lancet Infect Dis. 2013;13:987–93.
- 3 Greub G, Sahli R, Brouillet R, Jaton K. Ten years of R&D and full automation in molecular diagnosis. Future Microbiol. 2016;11(3):403–25.
- 4 Heller T, Bélar S, Wallrauch C, Carretto E, Lissandrin R, Filice C, Brunetti E. Patterns of hepatosplenic Brucella abscesses on cross-sectional imaging: a review of clinical and imaging features. Am J Trop Med Hyg. 2015;93(4):761–6.
- 5 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(6):414–7.



Elisabeth Schmit, médecin diplômée
Medizinische Klinik, Spital Thun, Thun