

L'amibiase hépatique : place du diagnostic moléculaire

Jean-Christian Navarrot^{a,*}, Philippe Dubrous^a, Bruno Soullié^a, Véronique Gardet^a, Christian Morand^b, Jean-Louis Koeck^a

RÉSUMÉ

La principale cause d'abcès hépatique dans le monde est représentée par l'amibiase ou amoebose. Les formes cliniques de présentation atypique se différenciant de la triade de Fontan (hépatomégalie douloureuse fébrile) peuvent égarer le diagnostic. C'est le cas de notre patient présenté en exemple. En dehors de l'imagerie médicale, la sérologie et les examens du liquide de ponction, la biologie moléculaire joue un rôle important. De par son excellente sensibilité, elle apporte le diagnostic tout particulièrement dans les formes séronégatives et les coinfections parasitaires et bactériennes. Appliquée aux formes intestinales, en lieu et place de l'examen parasitologique des selles, sous forme multiplex (recherche de *Giardia lamblia* et *Cryptosporidium parvum*), elle permet également de différencier *Entamoeba histolytica*, de *Entamoeba dispar*, espèce dont le portage asymptomatique ne nécessite pas de traitement curatif.

Amibiase hépatique – abcès hépatique – diagnostic moléculaire – PCR – *Entamoeba histolytica* – *Entamoeba dispar* – *Entamoeba moshkovskii*.

1. Introduction

L'amibiase ou amoebose est une maladie du péril fécal affectant environ 50 millions de personnes et à l'origine de 40 000 à 100 000 décès par an dans le monde [1]. L'agent pathogène responsable est *Entamoeba histolytica*. Les 5 autres espèces d'amibes (*Entamoeba dispar*, *moshkovskii*, *coli*, *hartmanni*, *polecki*) sont actuellement considérées comme non pathogènes.

En France, l'amoebose touche plus fréquemment certaines populations dites « à risque » : touristes provenant de régions d'endémies, immigrés, personnes vivant en institution, homosexuels, sujets séropositifs pour le VIH [2, 3].

2. Observation clinique

Un homme de 43 ans consulte pour des douleurs abdominales sans diarrhée accompagnées depuis une semaine

^a Fédération de biologie clinique

^b Service de médecine interne

Hôpital d'Instruction des Armées Robert-Picqué

351, route de Toulouse – CS 80002

33882 Villenave-d'Ornon cedex

* Correspondance

jcnavarrot@gmail.com

article reçu le 12 novembre 2010, accepté le 23 mai 2011

© 2011 – Elsevier Masson SAS – Tous droits réservés.

SUMMARY

The hepatic amebiasis : role of molecular diagnosis

The main cause of liver abscess in the world is represented by amebiasis. The atypical clinical presentation different from the triad of Fontan (febrile painful hepatomegaly) may mislead the diagnosis. This is the case with our patient presented in example. Outside of medical imaging, serology and examination of liver puncture fluid, molecular biology plays an important role. Due to its excellent sensitivity, she brings the diagnosis especially in seronegative forms and parasitic and bacterial co-infections. Applied to the intestinal forms, instead of stool examination, as multiplex (search for *Giardia lamblia* and *Cryptosporidium parvum* associated), it also allows to distinguish *Entamoeba histolytica* from *dispar*: species whose asymptomatic carriage does not require cure.

Hepatic amebiasis – liver abscess – molecular diagnostic – PCR – *Entamoeba histolytica* – *Entamoeba dispar* – *Entamoeba moshkovskii*.

d'une fièvre à 38 °C (sous paracétamol) à renforcement vespéral.

Dans ses antécédents, on note une appendicectomie dans l'enfance et un abcès dentaire 6 mois auparavant. Ce sujet effectue de fréquents voyages en Thaïlande et s'est rendu au Cambodge 10 mois plus tôt sans prendre de chimioprophylaxie anti-palustre.

L'examen clinique retrouve une hypersensibilité à la pression de la fosse iliaque droite, sans signe de Murphy. Il n'y a pas d'hépatomégalie, de splénomégalie, d'adénopathies ni de syndrome méningé.

La radiographie pulmonaire ne met pas en évidence de foyer de condensation ni d'épanchement pleural.

La recherche de *Plasmodium* spp. avec le QBC Malaria test® (QBC Diagnostics, Port Matilda, USA) et immunochromatographie sur membrane est négative. L'hémogramme montre une polynucléose neutrophile à 16 154 par millimètre cube et une myélémie réactionnelle à 6 %.

Une cytolysé hépatique et une cholestase anictérique sont observées : augmentation des ALAT (4 × N), des ASAT (5,5 × N), des GGT et des PAL. Le temps de Quick s'abaisse à 61 % à J2, avec un facteur V normal (111 %) compte tenu du syndrome inflammatoire objectivé par un fibrinogène à 12,23 g/l et une CRP à 448,5 mg/l.

Les sérologies hépatiques VHA, VHB, VHC, VHE de même que VIH sont toutes négatives.

Figure 1 – Tomodensitométrie hépatique : abcès drainé de 14 cm de diamètre.



À J2, l'examen tomodensitométrique met en évidence une collection hépatique abcédée droite de très grand volume (14 cm de grand axe) située au sein des segments VII et VIII et débordant sur le IV A (**figure 1**). L'abcès présente une plage d'aspect hétérogène, pouvant correspondre à de multiples micro-cloisonnements.

Par ailleurs, on observe une pleurésie droite avec une atélectasie quasi complète du lobe inférieur droit ainsi qu'un épanchement péritonéal d'allure réactionnelle.

La sérologie amibienne est négative par le test d'agglutination Bichro-latex Amibe Fumouze® (Fumouze Diagnostics, Levallois-Perret, France) pour une dilution standard au 5°. Toutefois, par la technique d'hémagglutination indirecte (IHA), la sérologie est franchement positive au titre de 1 280 (pour un seuil de significativité à 320). La technique d'agglutination par latex ne se positivait que tardivement (J19). Devant le risque de rupture et de migration, un drainage de la collection hépatique, par voie transcutanée, est réalisé par guidage scanographique donnant 130 ml d'un produit épais de couleur chocolat. Cette ponction guidée a été précédée d'une prise de métronidazole à 500 mg/L en intra-veineuse ; ce même jour afin d'éviter une amébose cutanée iatrogène ou toute autre infection associée aux soins [4] ; traitement poursuivi avec une dose de 1 500 mg/L par jour pendant une semaine. Il est complété par un amébicide de contact : deux gélules de tiliquinol (Intétrix®) matin et soir pendant 10 jours pour la prévention des rechutes.

Une recherche moléculaire d'*Entamoeba* sur l'échantillon de collection hépatique est réalisée par PCR en temps réel et s'avère positive pour *E. histolytica* avec une valeur seuil obtenue (Ct) de 25,3. La mise en culture du liquide de ponction hépatique sur gélose enrichie (chocolat avec polyvitamines) et dans les flacons d'hémocultures n'a pas objectivé de surinfection bactérienne. La recherche d'amibes est effectuée sur les selles fraîchement émises, par microscopie à l'état frais avec et sans coloration au lugol puis après concentration selon les méthodes de Blag et coll. au mercurothiolate iode formol (MIF) et selon

Bailenger. Les résultats se révèlent être négatifs à J12 et confirment l'absence de portage.

3. Discussion

La présentation clinique classique de l'amébose hépatique repose sur la triade de Fontan (hépatomégalie douloureuse fébrile) qui, lorsqu'elle est incomplète peut égarer le diagnostic. C'est le cas du patient, d'autant plus que la sérologie d'agglutination réalisée en urgence s'est avérée négative.

Le diagnostic différentiel s'effectue essentiellement avec l'abcès hépatique à pyogènes et repose sur l'imagerie médicale (abcès multiples plutôt en faveur de formes à pyogènes) [5] et les examens de laboratoire : sérologies, examens microbiologiques du liquide de ponction et techniques modernes de biologie moléculaire (PCR en temps réel).

3.1. Sérologies amibiennes

Elles mettent en évidence les anticorps dirigés contre les antigènes totaux d'*E. histolytica* dans les indications d'amébooses extra-intestinales essentiellement hépatiques et accessoirement coliques. Elles sont également réalisées dans le cadre de l'amébose colique maligne et des améboomes.

Leurs limites sont l'observation de faux négatifs par excès d'anticorps (phénomènes de zone) et plus rarement les faux positifs, lorsque ces anticorps croisent avec d'autres espèces du genre *Entamoeba* mais aussi avec des protéines inflammatoires à forte concentration comme la CRP [6]. Ces sérologies peuvent être positives lorsqu'elles sont associées à un portage asymptomatique correspondant à une amébose infestation [7]. En général, les taux d'anticorps sont peu élevés dans les formes intestinales [8]. Les résultats obtenus pour le patient confirment la nécessité de dépister les amébooses extra-intestinales par deux techniques différentes. La recherche par agglutination de particule de latex est négative ici à J0 alors qu'elle est annoncée comme étant plus sensible (98 % vs 93 %) mais moins spécifique (96 % vs 97 %) que les autres techniques comme l'IHA. Il ne faut pas hésiter à renouveler plusieurs fois les sérologies. Un contrôle à 10 jours peut être réalisé en cas de négativité initiale [4].

Des techniques de confirmation figurent à la nomenclature des actes de biologie médicale : la co-électrosynérèse amibienne très spécifique peut compléter les examens de dépistage en cas d'incertitude diagnostique, mais elles sont en pratique réalisées dans très peu de laboratoires. La sérologie n'est pas un très bon indicateur de suivi évolutif et peut s'élever dans le mois qui suit le traitement [9]. Elle demeure à faible titre en moyenne 6 mois mais peut persister des années durant.

Compte tenu de cette séro-rémanence, l'interprétation de faibles titres positifs doit se faire avec circonspection ; en fonction des antécédents cliniques et des données d'anamnèse.

Un suivi sérologique de préférence par IFI à 6 mois environ peut être prédictif de rechute si le titre observé augmente [10, 11].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7655523>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7655523>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)