

Cas Clinique

Abcès Abdominal Pseudo-Tumoral chez un Sujet Séropositif au Virus de l'Immunodéficience Humaine sous Tri-Thérapie-

Takongmo S⁽¹⁾, Gonsu Kamga H⁽²⁾, Dongmo A⁽¹⁾, Masso Misse P⁽¹⁾, Monabang C⁽³⁾, Nko'o Amvene S⁽³⁾.

(1) Département de Chirurgie et Spécialités –Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales – Université de Yaoundé I.

(2) Laboratoire de Bactériologie –CHU de Yaoundé

(3) Service de Radiologie – CHU de Yaoundé

Correspondant : Pr Takongmo S. BP 6459 Yaoundé- Cameroun.

Tel 99 88 60 51 –e.mail : stakongmo@yahoo.fr

RESUME

Le but de cette présentation était de relever l'intérêt de la laparotomie dans le diagnostic et le traitement des lésions soushépatiques de nature indéterminée par les examens imageriques ; il s'agit du cas d'un patient de x ans , séropositif au virus de l'immunodéficience humaine, sous tri-thérapie depuis y ans, et présentant depuis trois mois des douleurs épigastriques subaiguës avec perte de poids marquée . La tomodynamométrie avait montré une plage hypodense de la région pancréatique évoquant une pancréatite, un abcès , un pseudokyste ou une lésion néoplasique ; la laparotomie permit d'exclure le diagnostic de tumeur maligne et de découvrir un abcès à Enterobacter dans une coque fibroscléreuse ; le drainage de l'abcès et un traitement antibiotique avec l'amikacine furent suivis d'une régression de tous les signes cliniques initiaux chez un patient revu en bon état après trois ans.

Mots-clés: abcès intra-abdominal-séropositivité au VIH- imagerie-Enterobacter

SUMMARY

We show in this report titled, Pseudo-neoplastic abdominal abscess in a HIV positive patient under therapy, the interest of laparotomy in the diagnosis and treatment of subhepatic lesions of undetermined nature following CT-scan. A 47 years old HIV seropositive male patient under antiretroviral therapy, presented with subacute epigastric pain and severe weight loss since three months. A CT-scan showed a hypodense lesion under the left lobe of the liver, interpreted as a possible pancreatitis, an abscess, a cyst or pseudocyst or even a lymphomatous tumour. A laparotomy showed an abscess located in a cavity with a thick fibrous wall, due to an Enterobacter bacillus, sensitive to amikacine. The patient was treated with drainage of the abscess and antibiotherapy with a good result and no recurrence three years after the treatment.

Keys-words: intra-abdominal abscess- HIV positive- Imaging- Enterobacter

INTRODUCTION

Malgré les traitements antiretroviraux la survenue des complications à type de tumeurs ou d'infection reste une menace permanente chez les patients séropositif au virus de l'immunodéficience humaine. Dans cette population de patients, les infections abdominales associées sont le plus souvent des infections opportunistes tuberculeuses ou des infections parasitaires le plus souvent amibiennes (1, 2. Moins fréquents que les abcès intra-abdominaux secondaires aux infections ou perforations du tube digestif, les abcès intra-abdominaux primitifs se localisent habituellement dans les organes pleins hypervascularisés tels que le foie ou la rate ; leur diagnostic est plus aisé en raison d'une meilleure analyse des lésions de ces organes par les moyens de l'imagerie médicale(3). Les associations de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) avec les autres germes à point de départ digestif sont sporadiques, mais peuvent être graves voire mortelles(4). Le but de cette présentation est de relever l'intérêt d'une recherche diagnostique par une équipe multidisciplinaire dans la prise en charge d'un abcès intra-abdominal profond, situé dans la région pancréatique, découvert chez un sujet séropositif au virus de l'immunodéficience humaine sous traitement aux antiretroviraux.

OBSERVATION MÉDICALE

Monsieur NE, infirmier, âgé de 47 ans avait été référé au service de Chirurgie du CHU de Yaoundé pour des douleurs épigastriques subaiguës évoluant depuis deux mois. Ces douleurs étaient sourdes, intermittentes, sans irradiation, sans signes d'accompagnement, associées à une apathie et à un amaigrissement avec perte de cinq kilogrammes en deux mois. Le patient était connu séropositif au VIH et sous traitement une thérapie antiretrovirale associant la tamivudine, la stavudine et la nevirapine depuis deux ans. A l'examen clinique on a retrouvé un patient avec un état général altéré avec une fièvre à 38°C, une pâleur cutanéomuqueuse et un poids de 70 kilogrammes. Une fibroscopie oesogastroduodénale permit d'éliminer une pathologie gastroduodénale ; l'échographie mit en évidence un lésion hypodense des segments VII et VIII du foie évoquant une collection intra hépatique. La tomodynamométrie retrouva au niveau de la tête du pancréas une plage hypodense de 68 centimètres de grand axe

pouvant être inflammatoire, un kyste, un abcès, un pseudokyste ou une néoplasie comme un lymphome malin non hodgkinien (Figure 1). Devant la persistance des douleurs et l'impossibilité d'une cytoponction en raison de la topographie de la lésion, il fut réalisé une laparotomie par voie médiane sus-ombilicale conduisant à la découverte d'un abcès enkysté avec une coque fibreuse, situé entre la face inférieure du lobe gauche du foie et la petite courbure gastrique, en arrière du petit épiploon, sans rapport avec le pancréas. L'abcès fut drainé après un prélèvement pour examen bactériologique et le patient reçut comme antibiotiques une association de métronidazole, de netilmycine et de ceftriaxone pendant quatre jours. L'évolution se fit vers la régression des signes cliniques ; l'examen bactériologique direct ne retrouva pas de bacille acido-alcool-résistant ni à l'examen direct ni à la culture ; la culture du pus mit en évidence comme germe un Enterobacter sensible à l'amikacine, ce qui permit de réadapter l'antibiothérapie et de poursuivre pendant une semaine sans interruption du traitement antiretroviral. Revu après trois ans le malade n'a présenté de signes de récurrence.

DISCUSSION

Il ressort de cette observation que l'infection au virus de l'immunodéficience humaine, même sous traitement, peut être compliquée d'abcès intra-abdominaux dus à des germes à point de départ digestif, sans que le mode de constitution ne puisse être expliqué. Dans le cas présenté les signes cliniques diagnostiques d'un abcès intra-abdominal chez ce sujet immunodéprimé se plaignant de douleurs épigastriques ont été peu spécifiques pendant l'évolution de la pathologie. Le diagnostic de cet abcès situé dans la région sous-hépatique gauche a été retardé par l'aspect pseudo-tumoral en préopératoire en raison de sa longue évolution de plus de trois mois. Les modifications internes et péri-tumorales sont probablement responsables de l'aspect tomodynamométrique d'une tumeur ou un kyste. Classiquement les examens imagériques, échographie et tomodynamométrie permettent d'affirmer l'existence d'une affection organique localisée dans les organes pleins intra-abdominaux et des abcès du foie (3,5). Dans le cas présenté, le terrain spécifique d'immunodéficience humaine a longtemps retardé le recours à ces investigations malgré la profession d'infirmier du patient. Le retard

diagnostique a été également responsable d'une dégradation de l'état général du malade avec une perte de poids plus facilement attribuée à l'immunodépression ou aux effets des traitements aux antiretroviraux. L'interprétation des explorations morphologiques a été plus précise avec l'association des arguments échographiques et des arguments tomodynamométriques d'une lésion peu spécifique de la région pancréatique, abcès, kyste ou pseudokyste ; cette lésion chez un sujet immunodéprimé aurait pu faire penser à une tuberculose pancréatique pseudo néoplasique comme décrit dans l'observation de Beaulieu et al (6). Le diagnostic étiologique de ce type de lésion repose sur l'association aux examens imagériques de la cytoponction guidée transgastrique soit par l'échographie, soit guidée par la tomodynamométrie, technique pour laquelle nous n'avons pas d'expérience(7) ; cette cytoponction à l'aiguille fine a pu être réalisée par échocystoscopie dans le diagnostic des cas de tuberculose pancréatique (8,9). Cependant l'évocation d'une possible lésion néoplasique a conforté la décision d'une laparotomie pour un diagnostic plus précis avec pour avantage de réaliser des prélèvements histologiques ou de faire une exérèse. Le diagnostic de collection abcédée a été une découverte peropératoire ; il a imposé la recherche d'un germe spécifique essentiellement une tuberculose extra-pulmonaire ; cette affection serait plus fréquente chez les sujets immunodéprimés séropositifs au VIH avec 50% des cas de tuberculose extra-pulmonaire (10) ; La recherche de tuberculose a été négative chez notre patient ; la découverte d'un Enterobacter, germe peu fréquent fait penser aux possibilités de prédispositions des sujets immunodéprimés séropositifs au VIH à d'autres infections à germes banals retrouvés dans d'autres organes annexes du tube digestif comme le foie ou la rate. Il s'agissait d'une entérobactérie dont le type n'a pas été spécifié, résistante aux antibiotiques usuels testés lors de la pratique de l'antibiogramme, sensible à l'amikacine ; d'autres cas d'infection à germe banal ont décrites chez les patients avec immunodéficience au VIH mais restent sporadiques (3,4,11) ; la fréquence de ces germes devrait être étudiée tout comme la recherche de l'influence du traitement antiretroviral sur le comportement de ces infections non spécifiques. Le traitement chirurgical appliqué bien que plus agressif a eu l'avantage d'éliminer le diagnostic d'une tumeur maligne et de procéder à un drainage en un

temps tout en supprimant la poche de la collection abcédée ; la topographie de l'abcès n'aurait pas permis un drainage percutané transgastrique, technique plus aisée pour le traitement des abcès hépatiques (5,12).

En conclusion, si le diagnostic des affections sous hépatiques organiques, inflammatoires ou infectieuses repose sur les données de la tomodynamométrie, le diagnostic final précis se heurte à l'existence dans cette région de plusieurs structures anatomiques voisines appartenant au tube digestif, à ses annexes ou aux organes de passage. En cas de doute il faut penser aux autres techniques diagnostiques comme les cytoponctions guidées par l'échocystoscopie gastrique, sans retarder le recours à la laparotomie surtout en milieu tropical africain lorsque ces techniques ne sont pas disponibles.

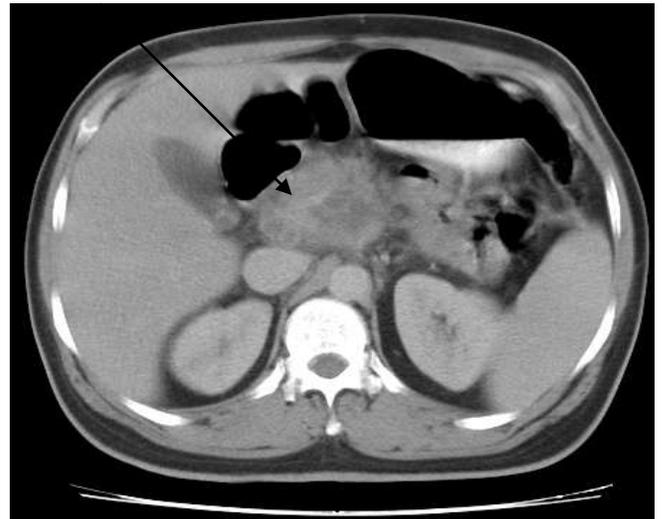


Figure 1 : NE, 47 ans –TDM abdominale : plage hypodense de la région pancréatique évoquant une pancréatite, un abcès, un pseudokyste ou une lésion néoplasique(flèche)

REFERENCES

- 1) Lupatkin H, Brau N, Flomenberg P, Simberkoff MS. Tuberculous abscesses in patients with AIDS. *Clin Inf Dis* 14:1040-1044, 1992
- 2) Villarrea LC, Cano C, Estrada J, Jimenez E. Amoebic abscess of the liver in patients infected by HIV. Report of 8 cases and revision literature. *Int Conf AIDS* 6:385, 1990
- 3) Vidal JE, Marques da Silva PR, Schiavon Noueira R, Bonasser Filho F, Hernandez V. Liver abscess due to Salmonella enteritidis in a returned traveller with HIV infection : case report and review of literature. *Rev Inst Med Trop S.Paulo* 45(2):115-117, 2003
- 4) Ki-zerbo GA, Sawadogo A, Durand G. Septicémie à *Hafnia alvei*: à propos d'une observation chez un patient VIH séropositif au Centre Hospitalier de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) . *Médecine d'Afrique Noire* 46(12):600-602, 1996
- 5) Mortale JK, Segatto E, Ros PR. The infected liver : Radiologic Pathologic correlation. *Radiographics* 24:937-955, 2004
- 6) Beaulieu S, Schoubillard E, Petit-Jean B, Vitte RL, Eugene C. Pancreatic tuberculosis : a rare cause of pseudoneoplastic obstructive jaundice. *Gastroenterol Clin Biol* 28(3):295-298, 2004
- 7) D'cruz S, Sachdev A, Kaur L, Handa U, Bhalla A, Lahl SS. Fine needle aspiration diagnosis of isolated pancreatic tuberculosis. A case report and review of the literature. *JOP.J Pancreas (online)* 4(4): 158-162, 2003
- 8) Ahlawat SK, Charabaty-Pisvalan A, Lewis JH, Haddad NG. Pancreatic tuberculosis diagnosis with endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration. *JOP. J Pancreas (online)* 6(6):598-602, 2005
- 9) Kaushik N, Schoedel K, Mcgrath K. Isolated pancreatic tuberculosis diagnosis by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: a case report. *JOP.J Pancreas (online)* 7(2):205-210, 2006
- 10) Lalit Kant. Extrapulmonary tuberculosis: coming out of the shadow. *Indian J Tuber* 51:189-190, 2004
- 11) Ilboudo D, Sangou J, Bougouma A, Ouedraogo S. Abscès du foie et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) . *Médecine d'Afrique Noire* 43(12) :670-673, 1996
- 12) Civardi C, Felice C, Caremani M, Giorgio A. Hepatic abscesses in immunocompromised patients: ultrasonically guided percutaneous drainage. *Gastro Intest Radiol* 17:175-178, 1992