

# L'AMIBIASE VISCERALE : BILAN DANS LE CHU DE SFAX

## VISCERAL AMOEBIASIS : STUDY IN SFAX UNIVERSITY HOSPITAL

F. MAKNI<sup>1</sup>; H. SELLAMI<sup>1</sup>; A. SELLAMI<sup>1</sup>; F. CHEIKHROUHO<sup>1</sup>; H. AYADI<sup>2</sup>;  
M. BEN JEMAA<sup>3</sup>; A. AYOUB<sup>2</sup>; I. BEYROUTI<sup>4</sup>; A. AYADI<sup>1</sup>

1- Laboratoire de Parasitologie- Mycologie - Faculté de Médecine – Sfax  
2- Service de Pneumo- Allergologie – CHU Hédi Chaker – Sfax  
3- Service des Maladies Infectieuses – CHU Hédi Chaker – Sfax  
4- Service de Chirurgie Générale – CHU Habib Bourguiba – Sfax

### **CORRESPONDANCE :**

Pr Ayadi Ali, Laboratoire de Parasitologie-Mycologie  
Faculté de Médecine – Sfax (Tunisie)  
Tél / Fax : 00216 74 247130  
E-mail : [ali.ayadi@rns.tn](mailto:ali.ayadi@rns.tn)

L'AMIBIASE VISCERALE : BILAN DANS LE CHU DE SFAX

### **Résumé**

Le but de ce travail est d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des cas d'amibiase extra-intestinale diagnostiqués dans notre CHU.

*Matériel et méthodes :* Etude rétrospective des cas d'amibiase viscérale colligés entre 1992 et 2005.

*Résultats :* Seize cas d'amibiase viscérale ont été rapportés dont 11 cas d'abcès hépatiques et 5 cas d'amibiases pleuro-pulmonaires. La sérologie amibienne était positive dans tous les cas permettant de confirmer le diagnostic d'amibiase évoquée cliniquement et radiologiquement. Tous les patients avaient reçu un traitement médical. Le recours à un drainage percutané était nécessaire dans 4 cas.

*Conclusion :* Bien que l'amibiase viscérale ne soit pas fréquente sous nos climats, elle peut revêtir des aspects cliniques polymorphes pouvant poser des problèmes de diagnostic différentiel. D'où l'intérêt de la sérologie qui reste toujours fiable permettant un diagnostic et un traitement précoce.

**Mots clés :** Amibiase pleuropulmonaire. Abcès amibien du foie. Epidémiologie. Sfax – Tunisie.

### **Summary**

*Purpose :* This study was carried out to analyse epidemiologic, clinical, therapeutic and evolutive aspects of this disease in patients encountered at Sfax University Hospital.

*Patients and methods :* We retrospectively reviewed visceral amoebiasis cases collected between 1992 and 2005.

*Results :* Sixteen visceral amoebiasis cases were reported : 11 patients had liver localizations and 5 had pleuropulmonary localizations. Diagnosis was confirmed by serological tests. All patients have been treated using a medical therapeutic approach. A percutaneous drainage has been released for 4 patients.

*Conclusion :* In our region, visceral amoebiasis is rare but various clinical aspects are seen. Serologic tests may be helpful in diagnosis and treatment of amoebic abscess at an early stage.

**Key words :** Pleuropulmonary amebiasis. Amibian liver abscess. Epidemiology. Sfax - Tunisia.

### **INTRODUCTION**

L'amibiase est une parasitose cosmopolite qui touche environ 500 millions d'individus dans le monde. Dix pour cent des sujets parasités présentent la forme invasive intestinale ou extra intestinale qui peut provoquer jusqu'à 100000 décès par an [1]. C'est dire l'intérêt du diagnostic rapide de ces complications en vue d'un traitement précoce. Si le diagnostic de l'amibiase intestinale est relativement facile, celui de l'amibiase viscérale, par son polymorphisme clinique, se heurte à des difficultés.

L'intérêt de ce travail est d'insister, à la lumière des cas colligés dans notre laboratoire, sur le polymorphisme clinique et évolutif de l'amibiase viscérale et la conduite thérapeutique.

## **MATERIEL ET METHODES**

Il s'agit d'une étude rétrospective des cas d'amibiase viscérale provenant de différents services du CHU de Sfax et diagnostiqués au laboratoire de Parasitologie - Mycologie de 1992 à 2005. Les critères permettant le diagnostic ont été cliniques, biologiques, radiologiques et sérologiques. Le diagnostic sérologique a été basé sur au moins deux techniques : l'immunofluorescence indirecte (seuil : 1/200), l'hémagglutination indirecte (seuil : 1/320) et le bichrolatex.

## **RESULTATS**

Seize cas d'amibiase viscérale ont été colligés : 11 cas d'abcès hépatiques et 5 cas d'amibiase pleuro pulmonaire (Tableau I).

### **1- Caractéristiques épidémiologiques**

Onze de nos patients sont de sexe masculin et 5 de sexe féminin. La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 50 et 80 ans pour l'amibiase hépatique et entre 15 et 30 ans pour l'amibiase pleuro pulmonaire.

### **2- Signes cliniques au moment du diagnostic**

Concernant les cas d'amibiase hépatique, la triade de Fontan (hépatomégalie douloureuse et fébrile) n'a été présente que chez 3 patients (27%). Les formes atypiques ont été

retrouvées dans 8 cas (5 cas d'hépatalgie fébrile et 3 formes fébriles pures).

Deux patients avaient des signes respiratoires associés aux manifestations hépatiques.

Pour les cas d'amibiase pleuro pulmonaire, ils ont tous présenté une fièvre et une toux sans signes d'atteinte hépatique. Des douleurs basi-thoraciques et une gêne respiratoire ont été observées dans 3 cas. Une expectoration muco-purulente a été retrouvée chez deux patients et d'aspect chocolat chez les trois autres.

### **3- Signes biologiques au moment du diagnostic**

Le diagnostic d'abcès amibien hépatique et pleuro pulmonaire a été constamment associé à un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose comprise entre 11400 et 35000/mm<sup>3</sup> et une augmentation de la vitesse de sédimentation à plus de 45 mm à la première heure.

### **4- Diagnostic radiologique**

L'échographie abdominale a montré des images d'abcès du foie dans tous les cas d'amibiase hépatique. L'abcès a été unique chez 9 malades et multiple, sous forme de plages micro kystiques, dans 2 cas. Le diamètre de l'abcès hépatique était en moyenne 62 mm et chez deux patients, il a atteint 100 mm. La localisation droite a été notée chez 6 malades (55%). La radiographie thoracique a montré une surélévation de la coupole diaphragmatique droite (3 cas) et un comblement du cul de sac diaphragmatique droit (1 cas).

Au cours de l'amibiase pleuro pulmonaire, la radiographie thoracique a montré une pleurésie gauche (1 cas), une pleurésie enkystée para-médiastinale droite (1 cas), une opacité du lobe inférieur droit (1 cas), une opacité de tonalité hydrique siégeant au niveau du lobe inférieur gauche (1 cas) et une opacité solitaire non homogène, excavée faisant deux centimètres de grand axe, située dans la moitié inférieure du champ pulmonaire gauche dans le cinquième cas. Dans ce dernier cas, le scanner thoracique objectivait de multiples nodules de type alvéolaire, de taille variable, bilatéraux, touchant le lobe

moyen, la lingula et le segment dorsal du lobe inférieur droit ainsi que la région axillaire du lobe inférieur gauche, caractérisés par la présence de nécrose centrale.

### 5- Diagnostic parasitologique

La sérologie amibienne a été positive dans tous les cas avec des taux variant entre 1/400 et 1/3200 à l'IFI et entre 1/320 et 1/2560 à l'hémagglutination indirecte. Le bichrolatex a été positif dans 100 % des cas. Les trois techniques ont été associées dans 11 cas. L'examen parasitologique des selles, pratiqué chez 5 patients, a été négatif. La ponction exploratrice des abcès hépatiques a été pratiquée pour 4 patients. Elle a ramené un pus d'odeur fétide et de couleur chocolat dans deux cas et jaune citrin dans deux autres cas. Les examens parasitologiques et bactériologiques du pus ont été négatifs.

### 6- Traitement

Le métronidazole à la dose de 2g/j a été prescrit chez tous les patients (par voie orale ou intra-veineuse selon l'état du malade). La durée du traitement a varié entre 8 et 15 jours. La ponction évacuatrice guidée par échographie ou scanner a été réalisée chez quatre malades : devant l'échec du traitement médical avec persistance de l'abcès (2 cas), un volumineux abcès hépatique (1cas) et en complément du traitement médical d'une pleurésie amibienne (1cas). Quatre patients ont subi un drainage percutané, l'un en raison de la présence d'un pneumothorax du poumon gauche et les trois autres par la persistance de l'hépatalgie et le volume important de l'abcès hépatique.

L'évolution clinique a été bonne chez tous nos patients. Le contrôle échographique, effectué chez 5 malades, a montré une régression du diamètre de l'abcès hépatique dans 2 cas et la persistance de la même image dans les 3 autres cas. Pour l'amibiase pulmonaire, l'évolution radiologique a été favorable dans 4 cas avec un nettoyage radiologique. Dans le cinquième cas, l'image radiologique a persisté après traitement. La surveillance sérologique n'a été menée que dans 3 cas et a montré la persistance des anticorps à des taux faibles 6 mois (2 cas) et 18 mois (1 cas) après l'épisode aiguë.

**Tableau I: Caractéristiques des cas d'abcès amibiens :**

Signes	Amibiase hépatique (n = 11)	Amibiase pleuro-pulmonaire (n = 5)
<b>Age (18 à 79 ans)</b>		
15 à 30 ans	2	5
30 à 50 ans	3	-
50 à 80 ans	6	-
<b>Sex-ratio H/F</b>	8/3	3/2
<b>Délai depuis les 1<sup>ers</sup> signes (jours)</b>		
< 10	3	2
10 à 30	6	2
> 30	2	1
<b>Signes cliniques</b>		
Fièvre	11	5
Hépatalgie	5	-
Hépatomégalie	3	-
Toux	2	5
Douleur basi-thoracique	-	3
Dyspnée	2	3
Hémoptysie	-	1
Expectoration		
Mucopurulente	-	2
Couleur chocolat	-	3
<b>Signes biologiques</b>		
Taux des globules blancs (/mm <sup>3</sup> )		
10 000 à 15 000	2	3
> 15 000	9	2
Vitesse de sédimentation (mm h1)		
< 50	1	-
50 à 100	3	3
> 100	7	2

## DISCUSSION

L'amibiase viscérale revêt plusieurs formes cliniques surtout hépatique et pleuro pulmonaire. Les complications péricardiques, cérébrales et cutanées restent exceptionnelles.

L'amibiase, aussi bien intestinale que viscérale, est relativement rare en Tunisie. La prévalence du parasitisme intestinal par *Entamoeba histolytica* / *Entamoeba dispar* a été estimée entre 0,85% et 1,86% [2, 3]. L'incidence a été de 2,15 cas par an au nord du pays [4]. Cependant, la localisation viscérale n'a été que très rarement rapportée [5].

Dans notre série, l'amibiase hépatique a revêtu plusieurs formes cliniques. En effet, la triade de Fontan, forme typique d'amibiase hépatique, qui a été prédominante dans d'autres études (55 à 75% des cas) [6, 7], a été peu fréquente chez nos patients. D'autres formes cliniques ont été notées se singularisant par l'absence d'un ou de deux signes de la triade de Fontan. Ces formes atypiques peuvent égarer le diagnostic et l'examen clef reste l'échographie qui permet le diagnostic lésionnel des abcès amibiens du foie [8]. La tomographie hépatique n'est cependant nécessaire que pour diagnostiquer certains abcès amibiens en phase pré suppurative ou de très petite taille [9]. La recherche d'*Entamoeba histolytica* dans les selles ou dans le pus de l'abcès est souvent décevante. La sérologie, toujours positive dans notre expérience, est l'examen indispensable pour confirmer le diagnostic d'amibiase hépatique évoquée cliniquement et échographiquement. La sérologie amibienne est très sensible (> 94%) et spécifique (> 95%) pour le diagnostic de l'amibiase viscérale d'autant plus qu'on associe deux ou trois techniques [1]. Elle est aussi un outil de surveillance post-thérapeutique très utile.

Les réactions faussement négatives peuvent exister au début de l'infection (au cours des 7-10 premiers jours) mais ils se positiveront ultérieurement [1]. Le bichrolatex est une méthode qualitative qui a été toujours associée à une autre technique et il est bien adapté aux enquêtes de masse. L'IFI est une technique spécifique et sensible, les cas de fausse positivité sont rares et peuvent être observés lors d'abcès hépatiques à germes anaérobies et de cancer secondaire ou primitif du foie (7). L'hémagglutination est une technique quantitative et elle est positive dans 87% des localisations extra intestinales (11). Son principal inconvénient est la longue persistance des titres d'anticorps parfois élevés en l'absence d'amibiase évolutive, ce qui fait que cette réaction ne peut pas être utilisée comme un test de surveillance.

Concernant l'amibiase pleuro pulmonaire, la particularité de nos cas réside à la fois dans la prédominance de la localisation gauche qui est rarement rapportée dans les autres séries (4 à 5%) [12] et l'absence de localisation hépatique concomitante.

La fréquence des atteintes pleurales et du parenchyme pulmonaire est variable suivant les séries publiées. En effet, les manifestations pleurales représentent 17 à 68% des localisations thoraciques de l'amibiase [12]. Les pneumopathies non abcédées et les abcès du poumon sont souvent traités comme une infection bactérienne et c'est devant l'échec de l'antibiothérapie que le diagnostic sera redressé. Devant un abcès du poumon, c'est la pathologie tumorale et le kyste hydatique suppuré qui sont évoqués en premier lieu [13]. Il ne faut donc pas hésiter à demander une sérologie amibienne qui reste toujours fiable et permet un diagnostic précoce. Cependant, il faut avoir à l'esprit que le délai de disparition des anticorps dépend de la technique et peuvent être décelés durant plusieurs années. Notre attitude thérapeutique a été essentiellement médicale. La ponction sous échographie ou le drainage percutané sont indiqués en cas de risque de rupture ou d'échec du traitement médical et le drainage chirurgical s'impose en cas de complications (rupture intra péritonéale, intra pleurale ou intra péricardique) [6].

## REFERENCES

- 1- Samuel L, Stanley Jr. Amoebiasis. Lancet 2003 ; 361 : 1025-34
- 2- Chaker E, Bel Hadj S, Khaled S, Ben Moussa M, Ben Rachid MS. Digestive parasitic diseases. A continuous current problem. Tunis Med 1995 ; 73 (1) : 53-6.
- 3- Fathallah A, Saghrouni F, Madani B, Ben Rejeb N, Ben Said M. Digestive parasitism in Sousse area. Results of a 16 years retrospective study. Tunis Med 2004 ; 82 (4) : 335-43.
- 4- Bouratbine A, Maamouri N, Ben Abdallah R, Aoun K, Haouet S, Boubaker J et al. Données épidémiologiques, cliniques et parasitologiques concernant l'amibiase intestinale dans le nord de la Tunisie. Tun. Med 2003 ; 81 (5) : 318-322
- 5- Ayadi H, Rekik WK, Ayoub AK. Pneumopathie nodulaire excavée bilatérale: l'amibe responsable ? Rev Pneumol Clin 2001 ; 57(6) :434-7.
- 6- Djossou F, Malvy D, Tamboura M, Beylot J, Lamouliatte H, Longy-Boursier M et al. Abcès amibien du foie. Analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme thérapeutique. Rev Med Interne 2003 ; 24 (2) : 97-106.
- 7- Laverdant C, Denée JM, Roué R, Molinié C, Daly JP, Fléchaire A, et al. L'amibiase hépatique : étude de 152 observations. Gastroenterol Clin Biol 1984 ; 8 :838-44.
- 8- Ahmed L, El Rooby A, Kassem MI, Salama ZA, Strickland GT. Ultrasonography in the diagnosis and management of 52 patients with amebic liver abscess in Cairo. Rev Infect Dis 1990 ; 12 (2) : 330-7.
- 9- Verhaegen F, Poey C, Lebras Y, Iscaïn P, Guiot S, Lyonnet P, et al. Apport de l'examen tomographique pour le diagnostic et le traitement des abcès amibiens du foie. J Radiol 1996 ; 77 :23-8.
- 10- Abd-Alla MD, Jackson TG, Ravdin JI. Serum IgM antibody response to the galactose-inhibitable adherence lectin of *Entamoeba histolytica*. Am J Trop Med Hyg 1998; 59: 431- 34.

- 11-** Boisseau H, Appriou M, Lucchese F, Cabannes A, Tribouley-Duret J, Tribouley J. Evaluation d'un test d'hémagglutination indirecte pour le sérodiagnostic de l'amibiase *Med Trop.* 1992 ; 52 : 307-11
- 12-** Roudaut M, Tiendrebeogo H, Condat JM, Dezelus P, Schmidt D. Manifestations pleuro-pulmonaires de l'amibiase.

A propos de soixante et un cas observés en Abidjan sur une période de trois ans. *Sem Hôp Paris* 1982 ; 58 : 85-92.

**13-** Mbaye PS, Koffi N, Camara P, Burgel PR, Hovette P, Klotz F. Manifestations pleuropulmonaires de l'amibiase. *Rev Pneumol Clin.* 1998 ; 54 (6) : 346-52.