

AMOEBOME COLIQUE : DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES À PROPOS D'UN CAS

L. ROUAS, M. AMRANI, A. REGURAGUI, L. GAMRA, M.A. BELABBAS

Med Trop 2004; **64** : 176-178

RÉSUMÉ • L'amoebome colique est une pseudotumeur inflammatoire du côlon. Il est rare, observé surtout en Amérique latine et en Afrique du Sud. Il peut être inaugural et poser le problème de diagnostic différentiel avec le cancer colique. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 60 ans, ayant présenté une masse douloureuse de l'hypochondre gauche. Les examens radiologiques et endoscopiques ont mis en évidence un processus circonférentiel sténosant du côlon transverse avec une réaction mésentérique associée. Le diagnostic de cancer colique fût suspecté et la malade a été adressée à l'Institut national d'oncologie pour un geste chirurgical. L'examen anatomopathologique de la pièce de colectomie segmentaire a permis de poser le diagnostic d'amoebome colique. La malade a été mise par la suite sous traitement médical à base de métronidazole. En conclusion, l'amibiase intestinale est une affection fréquente dans notre pays et l'amoebome bien que rare, doit être considéré comme un diagnostic différentiel du cancer devant toute masse colique pour épargner au malade un geste chirurgical non dépourvu de risque.

MOTS-CLÉS • Amibiase intestinale - Amoebome - Cancer colique.

DIAGNOSTIC PROBLEMS ASSOCIATED WITH INTESTINAL AMOEBOMA: CASE REPORT

ABSTRACT • Amoeboma is an inflammatory mass of the colon. It is uncommon with most cases occurring in Latin America and South Africa. When amoeboma is the presenting symptom of amoebiasis, it poses the problem of differential diagnosis of colon cancer. This report describes the case of a 60-year-old patient who presented a painful mass in the left hypochondrium. Radiologic and endoscopic examinations depicted a ring-like stenosis of the transverse colon in association with a mesenteric reaction. The presumptive diagnosis was colon cancer and the patient was referred to the National Oncology Institute for surgical treatment. Histological examination of the surgical specimen after segmental colectomy confirmed diagnosis of intestinal amoeboma. The patient was treated medically using metronidazole. Since intestinal amoebiasis is common in our country, amoeboma must be considered as a rare but potential diagnosis in patients presenting masses of the colon. Differential diagnosis of carcinoma is necessary to avoid the risks associated with unnecessary surgery.

KEY WORDS • Intestinal amebiasis - Amoeboma - Colon cancer.

L'amoebome est une pseudotumeur parasitaire du côlon très rare (1, 2). Il se rencontre plus souvent en Amérique latine et en Afrique du Sud (3). Dans la majorité des cas, les manifestations cliniques et radiologiques simulent un cancer colique. Le chirurgien méconnaît souvent la nature amibienne de la lésion. L'examen histopathologique permet facilement de poser le diagnostic d'amoebome (3, 4).

Dans cet article, nous rapportons l'observation d'une patiente admise à l'Institut National d'Oncologie pour cure chirurgicale d'une masse colique considérée a priori d'origine néoplasique. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a permis par la suite de poser le diagnostic d'amoebome. Le but de cette étude est également de présenter une revue de la littérature.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente diabétique de 60 ans ayant présenté une masse latéro-susombilicale gauche douloureuse et immobile. Le toucher rectal était normal et les aires ganglionnaires libres. L'échographie abdominale a montré un épaississement pariétal digestif para-ombilical gauche. Le transit du grêle a objectivé une sténose régulière étendue sur 3 cm correspondant à l'épaississement digestif signalé par l'échographie. La tomodynamométrie abdominale, après ingestion de la gastrographine, mettait en évidence un processus circonférentiel (Fig. 1), hypodense hétérogène du côlon transverse étendu sur une dizaine de centimètres environ associé à une importante infiltration nodulaire mésentérique ainsi qu'à un épaississement du péritoine pariétal antérieur para-ombilical gauche. Une colonoscopie a permis d'objectiver le processus sténosant et de le biopsier, mais les résultats anatomopathologiques étaient non concluants. Le diagnostic de cancer colique a été soulevé devant l'aspect tomodynamométrique de la masse et de la réaction mésentérique associée, celle-ci évoquant une infiltration péritumorale. Une colectomie segmentaire a été réalisée avec une anastomose colo-colique termino-terminale. Les suites opératoires étaient simples.

• *Travail du Service d'Anatomie pathologique (L.R., Médecin-résidente en anatomie pathologique; M.A., Maître assistante en Anatomie pathologique; A.R., Spécialiste en anatomie pathologique; L.G., Professeur agrégé en anatomie pathologique; M.A.B., Professeur titulaire en Anatomie Pathologique), Institut national d'Oncologie*

• *Correspondance : L. ROUAS, 27, rue Belgrad App 27, Océan Rabat Maroc, Code postal 10000*

• *E-mail: rouaslamiab@yahoo.fr*

• *Article reçu le 15/09/2003, définitivement accepté le 25/05/2004.*



Figure 1 - Aspect TDM de la masse colique faisant évoquer un cancer.

Macroscopiquement, la pièce de colectomie segmentaire mesurait 35 cm. Sa partie médiane était occupée par une masse indurée mesurant 14 cm x 10 cm de diamètre avec une sténose complète de la lumière intestinale ; la muqueuse à ce niveau était ulcérée. La dissection du mésocolon retrouvait de multiples adénopathies. L'analyse histopathologique des différentes coupes colorées à l'hématéine-éosine, montrait une muqueuse inflammatoire avec un épaissement fibreux de la paroi qui était le siège de remaniements oedémato-congestifs et d'un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire avec quelques follicules lymphoïdes hyperplasiques. Dans le méso, on notait la présence d'un matériel suppuré abritant des formations arrondies, à contour cellulaire net. Leur noyau est périphérique, de deux à trois micromètres, muni d'un petit caryosome central dense. Leur cytoplasme abondant, amphophile, finement granuleux au centre renfermait de nombreuses hématies (Fig. 2). Ces formations correspondant à des amibes, étaient PAS positives (Fig. 3), et les hématies phagocytées prenaient une coloration noirâtre par l'hémat oxyline ferrique de Heidenhain. Les ganglions mésocoliques étaient le siège d'une hyperplasie folliculaire réactionnelle. Le diagnostic d'amoebome colique a été retenu, et la malade a été mise sous Métronidazole à rai-

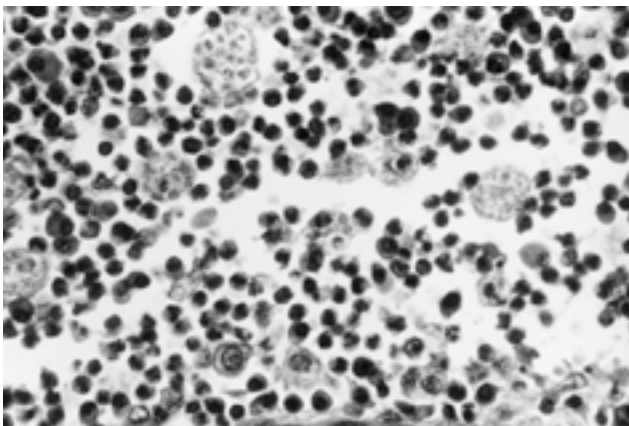


Figure 2 - Méso-colon abritant un dense infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire et de nombreux corps d'amibes hémato-phages (HE, G x 40).

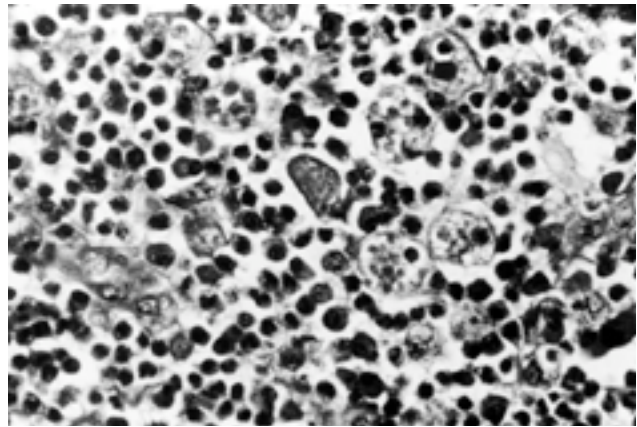


Figure 3 - Cellules ambiennes au cytoplasme PAS positif (PAS, G x 40).

son de 2 comprimés 3 fois par jour en complément du traitement chirurgical. La copro-parasitologie des selles demandée par la suite, était négative. Quant à la sérologie, elle n'a pas pu être réalisée.

DISCUSSION

L'amoebome colique est l'une des rares complications de l'amibiase intestinale qui se développe parfois longtemps après une amibiase aiguë mais aussi de façon inaugurale comme c'est le cas de notre patiente. L'agent pathogène est l'*Entamoeba histolytica* qui existe sous trois formes (3, 5) : une forme kystique de dissémination passive et de résistance dans le milieu extérieur, une forme végétative non hémato-phage (*E. histolytica minuta*) et une forme végétative hémato-phage et pathogène (*E. histolytica histolytica*) responsable de l'amibiase maladie. L'amibe hémato-phage acquiert un pouvoir histolytique nécrosant lui permettant de traverser par effraction la muqueuse intestinale déterminant des ulcérations de la paroi colique qui se surinfectent formant des abcès (6). De là, elles peuvent essaimer par voie sanguine dans d'autres organes comme le foie, le poumon ou autres (3, 5, 4). L'amibiase est une affection cosmopolite touchant 10% de la population mondiale (5). Elle est endémique dans les pays chauds et humides (3,5). La maladie est liée au péril fécal et donc en relation stricte avec les mauvaises conditions d'hygiène fécale. Au Maroc, et d'après l'expérience des centres hospitaliers universitaires, l'incidence de la parasitose se situerait autour de 25% de toutes les parasitoses intestinales (5). L'amoebome colique est souvent difficile à diagnostiquer. Sa symptomatologie clinique est non spécifique : douleurs abdominales, diarrhée sanglante, constipation, altération de l'état général, état pseudo-occlusif (7). La présence d'une masse abdominale est possible comme dans notre cas (4). D'autres manifestations très rares ont été décrites : rétention aiguë d'urines par compression vésicale(8). L'amoebome peut également être associé à une colite fulminante (complication rare de l'amibiase maladie), ou à un abcès amibien hépatique (2-9). Radiologiquement, l'amoebome simule un cancer colique ; il siège souvent dans le cæcum ou dans le

recto-sigmoïde (3, 7). Chez notre malade, la masse intéressait le côlon transverse. Les examens coprologiques sont habituellement négatifs, mais le sérodiagnostic est positif comme dans les amibiases viscérales (3). Il faut demander 2 techniques complémentaires (ELISA et immunofluorescence indirecte).

Le chirurgien méconnaît souvent la nature amibienne de la lésion, et la plupart des cas sont détectés durant l'exploration chirurgicale (10, 11). Le diagnostic histopathologique est aisé, mettant en évidence un épaississement fibreux localisé de la paroi intestinale qui sténose la lumière et s'étend dans le méso (4). Cette fibrose enferme des granulomes inflammatoires à prédominance lympho-plasmocytaire et éosinophile, ainsi que des abcès abritant des amibes et pouvant se fistuliser (4, 7). Lorsqu'il est inaugural, l'amoebome pose le problème de diagnostic différentiel avec le cancer colique. Il peut survenir des années après une amibiase intestinale, ce qui renforce la démarche diagnostique. Une tumeur colique peut être colonisée par des trophozoïtes d'*E. histolytica* et cette association ne doit pas faire méconnaître la lésion cancéreuse et priver le malade d'un traitement adéquat du cancer (12). Le diagnostic différentiel de l'amoebome se pose également avec les autres pseudotumeurs inflammatoires coliques, à savoir la tuberculose iléo-cécale hypertrophique, l'actinomycose pseudo-tumorale, la bilharziose, la maladie de Crohn iléo-cæcale (3, 7). Suspecté cliniquement, l'amoebome peut fondre sous l'effet des amœbocides tissulaires (5-nitro-imidazolés) dont le chef de file est le métronidazole (3). La posologie est de 1,5 à 2 g/j chez l'adulte (5). Ce traitement sera complété d'un geste chirurgical en cas de séquelles importantes ou de doute sur une affection associée. Le plus souvent, l'amoebome n'est reconnu qu'à l'intervention chirurgicale comme on l'a déjà signalé, et le traitement médical est associé à l'exérèse d'une pièce opératoire prise abusivement pour un cancer comme dans notre cas.

CONCLUSION

L'amoebome est une pseudo-tumeur inflammatoire rare du côlon, qui peut compliquer l'évolution d'une amibiase intestinale ou survenir d'emblée. Son diagnostic est dif-

ficile vu sa symptomatologie clinique peu spécifique et souvent trompeuse pouvant simuler une tuberculose, une maladie inflammatoire chronique intestinale ou un cancer. Toutefois, il faudrait l'évoquer chez tout patient présentant une masse abdominale et demander chez lui une sérologie amibienne. Ceci d'autant plus qu'on est dans un pays d'endémie, et que le traitement médical permet d'obtenir la guérison de l'amoebome et d'éviter un traitement chirurgical abusif.

RÉFÉRENCES

- 1 - APACERO M, LEON S, VELASQUEZ I *et Coll* - Colon and rectum ameboma. Clinico-pathological experience with 3 patients. *Gen* 1991; **45** : 65-68.
- 2 - ESCALANTE R, GONZALEZ U, PENALOZA DE ESCALANTE L - Fulminant amoebic colitis and ameboma in the same patient. *Gen* 1990; **44** : 155-158.
- 3 - GENTILINI M - Amibiase. In « Médecine tropicale ». Flammarion ed, Paris, 1993, 164 p.
- 4 - POTET F, BARGE J, FLEJOU JF, ZEITOUN P - Colites parasitaires. In « Histopathologie du tube digestif ». Masson ed, Paris, 1987, p 166.
- 5 - AGOUMI A - Amibes et Amibiases. In « Précis de parasitologie ». Collection Médika ed, Rabat, 2003, pp 17-29.
- 6 - ESPINOSA- CANTELLENO M, MARTINEZ- PALMO A - Pathogenesis of intestinal amebiasis : from molecules to disease. *C Microbiol Rev* 2000 ; **13** : 318-331.
- 7 - BRAUNSTEIN H, CONNOR DH - Amebiasis- Infection by *Entamoeba histolytica*. In « CONNOR DH - Pathology of infectious Diseases ». Stamford Appleton ed, Connecticut, 1997, pp 1127-1133.
- 8 - SCHATTNER A, NAPHTALI B, GINDIN J *et Coll* - Amoeboma presenting as acute urinary retention. *Am J Gastroenterol* 1989; **84** : 439-441.
- 9 - SHARMA D, PATEL LK, VAIDYA VV - Amoeboma of ascending colon with amoebic liver abscesses. *J Assoc Physicians India* 2001; **49** : 579-580.
- 10 - GUZMAN VALDIVIA GOMEZ, CHAVELAS LLUCK M, MEDINA GONZALEZ E - Unsuspected tumor of the colon. *Rev Gastroenterol Mex* 1996 ; **61** : 362-365.
- 11 - SIGLER MORALES L, MIER Y DIAZ J, MELGOZA ORTIZ C *et Coll* - *E. Amebiasis* : surgical treatment in 1989. *Rev Gastroenterol Mex* 1989; **54** : 185-189.
- 12 - MHLANGA BR, LANOIE LO, NORRIS HJ *et Coll* - Amebiasis complicating carcinoma: a diagnostic dilemma. *Am J Trop Med Hyg* 1992; **46** : 759-764.