



Amoebome caecal

Amoeboma cecal

أميبوم الأعور

I. Chemlal, K. Bentama, S. Ahmimech, M. Raiss, A. Hrora, F. Sabbah, M. Alaoui, M. Ahallat.

الملخص :

مقدمة : شبه ورم التهابي طفيلي نادر للقولون، أميبوم القولون من بين المضاعفات النادرة لداء الأميبات المعوية. أعراضه السريرية غير محددة ويطح مشكل التشخيص.

الملاحظة : مريضة تبلغ 61 سنة من العمر، تشتكي من الام في الجهة اليمنى من البطن مع متلازمة زحاري. الفحص السريري وجد كتلة في الجهة اليمنى من البطن، وأظهرت الأشعة المقطعية على البطن كتلة أنسجة خارجية للقولون الأيمن. مجسمة القولون بينت ضغط خارجي للقولون الأيمن. تطور الحالة تميز بحدوث متلازمة انسداد القولون مما أدى إلى إجراء عملية جراحية مستعجلة واستئصال القولون الأيمن. وكانت نتيجة الفحص النسيجي لصالح أميبوم الأعور. الدورة بعد العملية الجراحية هادئة والتطور بعد سنة جيد.

المناقشة : من الصعب تشخيص ورم الأميبوم، ويمكن لمظهره الأشعاعي والمنظاري أن يحاكي سرطان القولون ويؤدي إلى جراحة زائدة. الأمصال إيجابية وتسمح بالتشخيص وبدء العلاج بالدواء الطبي الفعال.

خاتمة : يجب التفكير بالأميبوم أمام كل كتلة خارجية بدون علامات السرطان وتأكيد بالأمصال وذلك لتجنب الجراحة.

الكلمات الأساسية : أميبوم القولون، داء الأميبات المعوية، سرطان القولون.

Résumé :

Introduction : Pseudotumeur inflammatoire parasitaire rare du côlon, l'amoebome du coecum est une des rares complications de l'amibiase intestinale. Sa symptomatologie clinique est non spécifique pose un problème diagnostique.

Observation : Patiente âgée de 61 ans, qui présentait des douleurs du flanc droit et un syndrome dysentérique, chez qui l'examen physique trouvait une masse du flanc droit. Le scanner abdominal montrait un processus tissulaire extra luminale du colon droit. La coloscopie objectivait une compression extrinsèque du colon droit obstruant la lumière. L'évolution était marquée par la survenue d'un syndrome occlusif et la patiente fut opérée en urgence où une colectomie droite a été réalisée. L'examen histologique était en faveur d'un amoebome caecal. Les suites opératoires étaient simples et l'évolution à un an est favorable.

Discussion : L'amoebome est de diagnostic difficile, son aspect radiologique et endoscopique peut simuler un cancer du colon et amener à un traitement chirurgical abusif. La sérologie positive pose le diagnostic et permet d'entamer un traitement médical efficace.

Conclusion : L'amoebome doit être évoqué devant un processus extrinsèque sans signes confirmant la néoplasie, Le diagnostic positif confirmé par la sérologie permet d'éviter la chirurgie.

Mots clés : Amibiase intestinale, amoebome colique, cancer colique

Abstract :

Introduction : Inflammatory pseudotumor uncommon parasite colon, the amoeboma cecal is a rare complication of intestinal amebiasis . Its clinical symptoms are nonspecific and a diagnosis problem.

Observation : We report a case of a 61 years old patient, who had the right flank pain associated to a dysentery syndrome, the physical examination revealed a mass of the right flank. The abdominal scan showed an extra luminal tissue process of the right colon. The colonoscopy objective an extrinsic compression of the right colon obstructing the colonic lumen. The evolution was marked by the occurrence of an occlusive syndrome and the patient was operated urgently and a right colectomy was performed. Histological examination was in favor of a cecal amoebome. The postoperative course was uneventful and the evolution one year is favorable.

Discussion : The amoebome is difficult to diagnose, its radiological and endoscopic appearance can simulate colon cancer and lead to improper surgical treatment. Positive serology is the diagnosis and allows to initiate effective medical treatment.

Conclusion : The amoebome should be considered in a process without extrinsic evidence confirming neoplasia, the diagnosis confirmed by serology avoids surgery

Key words : amoebome colon, colon cancer, intestinal amebiasis.

Tiré à part : I. Chemlal : Service de chirurgie viscérale "C", hôpital Ibn Sina – CHU de Rabat-Salé, Maroc
Email : ilyasschemlal@gmail.com

Introduction

L'amoebome est une pseudotumeur rare du côlon d'origine parasitaire qui peut compliquer l'évolution d'une amibiase intestinale ou survenir d'emblée. Son diagnostic est difficile vu sa symptomatologie clinique peu spécifique et son aspect endoscopique qui peut simuler un cancer, aboutissant souvent à une intervention chirurgicale. L'examen histo-pathologique de la pièce opératoire permet de poser le diagnostic d'amoebome. Nous rapportons une observation illustrant les difficultés diagnostiques de cette pathologie, et insistons sur les critères cliniques et paracliniques pouvant orienter vers cette étiologie de masse colique.

Observation

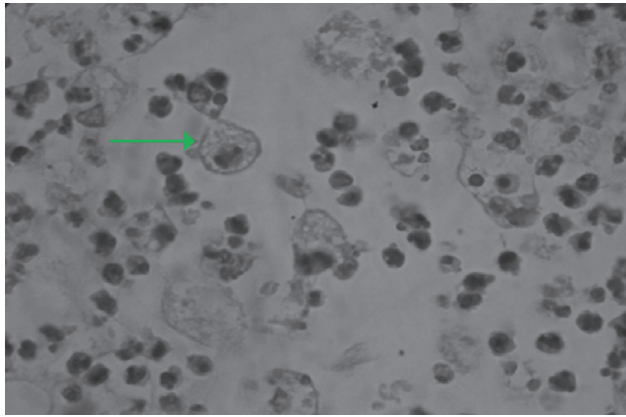
Il s'agit d'une patiente âgée de 61 ans, ayant comme antécédent une cholécystectomie en 2000 et une isthmolobectomie thyroïdienne gauche en 2008, qui présentait depuis 1 mois des douleurs du flanc droit associées à un syndrome dysentérique, évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen physique a mis en évidence une masse sensible du flanc droit, ferme, mobile par rapport au plan superficiel, fixe par rapport au plan profond. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. L'échographie abdominale révélait la présence d'une image hyperéchogène à contours irréguliers au niveau du colon droit. Le scanner abdominal (figure 1) montrait une masse tissulaire extra luminale du colon droit infiltrant le mésocolon et se rehaussant après injection du produit de contraste. La coloscopie totale trouvait un aspect de compression extrinsèque au niveau du colon droit obstruant la lumière avec un aspect normal de la muqueuse. L'étude histologique des biopsies effectuées était normale. La biologie révélait un syndrome inflammatoire avec une VS à 55 mm et une CRP à 76 mg/l, avec une hyperleucocytose à 12500/mm³. la parasitologie des selles était négative et les marqueurs tumoraux étaient normaux : ACE=2,6 ng/ml

et CA19.9=5,4 UI/ml. L'évolution était marquée par la survenue d'un syndrome occlusif et la patiente fut opérée en urgence par une laparotomie médiane. L'exploration chirurgicale objectivait un processus d'allure tumoral au dépend du bas fond caecal envahissant la paroi abdominale antérieure notamment les muscles droit de l'abdomen avec multiples adénopathies du mésocolon ipsi-latéral. La décision était de faire une colectomie droite carcinologique. L'étude histologique de la pièce opératoire, trouvait sur le plan macroscopique une lumière cæcale complètement obstruée par compression externe d'une masse prenant toute la région cæcale et couverte en partie par un lambeau musculaire. À la coupe cette masse est de couleur blanchâtre, de consistance ferme avec une nécrose au centre. Sur le plan microscopique l'analyse de celle-ci montrait un tissu de granulation fait en périphérie d'une prolifération de fibroblastes, et suppuré au centre riche en cellules inflammatoires, mêlées à des amibes et des microkystes amibiens, concluant à un amoebome caecal avec absence de signe histologique de malignité (figure 2). La patiente était mise sous antibiotique à base de métronidazole à dose de 1,5 g par jour pendant 4 semaines. Le contrôle échographique et biologique à 2 mois était satisfaisant.

Figure 1 : TDM abdominale



Aspect radiologique de l'amoebome, masse tissulaire extra luminale du colon droit infiltrant le mésocolon et se rehaussant après injection du produit de contraste.

Figure 2 : Examen anatomopathologique

Aspect histologique de l'amoebome, il montre un dense infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire et de nombreux corps d'amibes hématophages.

Discussion

L'amoebome colique est une pseudotumeur inflammatoire compliquant une amibiase intestinale. Cette dernière est une affection endémique dans les pays chauds et humides (Afrique, Amérique latine), liée au péril fécal [1]. Au Maroc son incidence se situerait autour de 25% de toutes les parasitoses intestinales [2]. Sur le plan physiopathologique, l'amoebome est une réaction granulomateuse inflammatoire entretenue par la présence d'*Entamoeba histolytica* ; c'est l'agent pathogène qui existe sous trois formes : une forme kystique de dissémination passive et de résistance dans le milieu extérieur, une forme végétative non hématophage (*E. histolytica* minuta) et une forme végétative hématophage et pathogène (*E. histolytica* histolytica) responsable de l'amibiase maladie [3]. L'amibe hématophage 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. De là, il peut diffuser par voie sanguine vers d'autres organes.

L'amoebome est de diagnostic difficile [4]. Il se développe parfois longtemps après une amibiase

intestinale mais aussi de façon inaugurale (notre cas). Sa symptomatologie clinique est non spécifique : douleurs abdominales, diarrhée sanglante, constipation, altération de l'état général, état pseudo-occlusif, la présence d'une masse abdominale est possible comme chez notre patiente [5]. Il est souvent révélé par une sténose segmentaire et ulcérée du côlon et peut simuler radiologiquement et endoscopiquement un cancer colique [6, 7]. Le diagnostic différentiel de l'amoebome se pose également avec les autres pseudo-tumeurs inflammatoires coliques, à savoir la tuberculose cœcale hypertrophique, l'actinomyose pseudo-tumorale, la bilharziose, la maladie de Crohn iléo-cœcale [8, 9, 10]. L'amoebome siège souvent dans le cæcum ou dans le recto-sigmoïde [11]. Les examens parasitologiques des selles sont habituellement négatifs, cependant la sérologie de l'amibiase est positive, mais il est rarement demandé vu qu'on ne pense pas au diagnostic [8]. Le chirurgien méconnaît souvent la nature amibienne de la lésion durant l'exploration chirurgicale et le geste réalisé est souvent une résection colique. Cependant l'association avec d'autre pathologie est possible notamment la maladie de Crohn [12] et le cancer colique [13]. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire permet de poser le diagnostic en mettant en évidence des granulations riches en cellules inflammatoires mêlées à des amibes et à des microkystes amibiens. Le traitement est médical basé sur les amoebocides tissulaires : métronidazole 1,5 à 2g/j pendant 4 semaines et qui est efficace à partir de la première semaine du traitement [14].

Conclusion

L'amoebome est une pseudotumeur inflammatoire colique parasitaire rare de diagnostic difficile et qui peut simuler un cancer colique. Néanmoins, il faudrait l'évoquer chez tout patient présentant une masse colique extra luminale sans signes de néoplasie ou de maladie inflammatoire, vivant dans un pays endémique et ayant un antécédent de maladie amibienne. La sérologie amibienne permet de confirmer le diagnostic et d'instaurer un traitement médical efficace évitant une chirurgie abusive.

Références

- 1- N. Cheynel, E. Arnal, F. Peschaud et al. Perforation and 1. L. Paris, M. Thellier, A. Faussart, M. Danis. *Epidémiologie mondiale des maladies parasitaires. La Revue du Praticien*, 2007, 57, 131-136.
- 2- A. Agoumi. Amibes et amibiases. In «Précis de parasitologie». Collection Médikaed, Rabat, 2003, p: 17-29.
- 3- A. Faussart, M. Danis. Parasitoses digestives. *La Revue du Praticien*, 2008, 58, 79-85.
- 4- L. Rouas, M. Amrani, A. Regragui, L. Gamra, M.A Belabbas. Amoebome colique : difficultés diagnostiques à propos d'un cas. *Med. Trop.*, 2004, 64, 176-178.
- 5- P. Bourée. Amoebose intestinale. EMC (Elsevier Masson), Gastro-entérologie, 9-062-B-10, 2010.
- 6- Brandt LJ. Amebomimicking colon cancer. *Gastrointestinal endoscopy* 2009; 69 : 757-8
- 7- Lin CC, Kao KY. Ameboma : un carcinome du côlon- comme lésion à une constatation coloscopie. Case report in *Gastroenterologie* . 9 octobre 2013; 7 (3) :438-41.
- 8- Radovanovic et al. Clinical diagnostic problems associated with cecal ameboma. Case report and review of the literature. *Pathology-ResearchandPractice* 2007; 203 :823-5.
- 9- D. Sharma, IK Patel, VV Vaidya. Amoeboma of ascending colon with amoebic liver abscesses. *J. Assoc Physicians India* 2001; 49 : 579-80.
- 10- SK Majeed, A Ghazanfar, J. Ashraf. Caecal amoeboma simulating malignant neoplasia, ileocaecal tuberculosis and Crohn's disease. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003; 13 : 116-7.
- 11- W. Rebal, A. Makni, H. Azouz et coll. Une tumeur sigmoïdienne compliquée: amoebome perforé. *Méd. Trop.* 2010, 70, 399-401.
- 12- H. Boussourra. Une association rare de maladie de Crohn et d'amoebome caecal : observation et revue de la littérature. *Journal Africain d'Hépatogastroentérol* 6(2). DOI:10.1007/s12157-012-0375-6.
- 13- Allah-kouadio E, et al. Amoebome-cancer du colon: les pièges diagnostiques à éviter. *J Afr Hepatol Gastroenterol*. 2011 Sep; 5 (3) : 224–227.
- 14- D. Joshi, R. Aga Cecal ameboma. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010 jan; 8(1) : A28.