

## Cas clinique de parasitologie avec réponse

Un homme de 41 ans revenant du Burkina-Faso après un séjour de 3 semaines dans des conditions rurales, se plaint d'une fièvre (38.9 °C) avec douleur basi-thoracique droite et d'une toux sèche. L'examen clinique retrouve une hépatomégalie douloureuse, sans anomalie à l'auscultation pulmonaire. Le patient est stable sur le plan hémodynamique avec une tension artérielle à 130/75 mm Hg, une fréquence cardiaque de 88 bpm et une saturation O<sub>2</sub> de 99%. La biologie montre une hyperleucocytose à polynucléaires (18.500/mm<sup>3</sup>), une CRP à 216 mg/L et des enzymes hépatiques augmentées (à 3N) avec une cholestase. Il est décidé d'hospitaliser le patient.

**Que demandez-vous immédiatement?** (*plusieurs réponses possibles*)

Recherche de *Plasmodium* (5 pts)

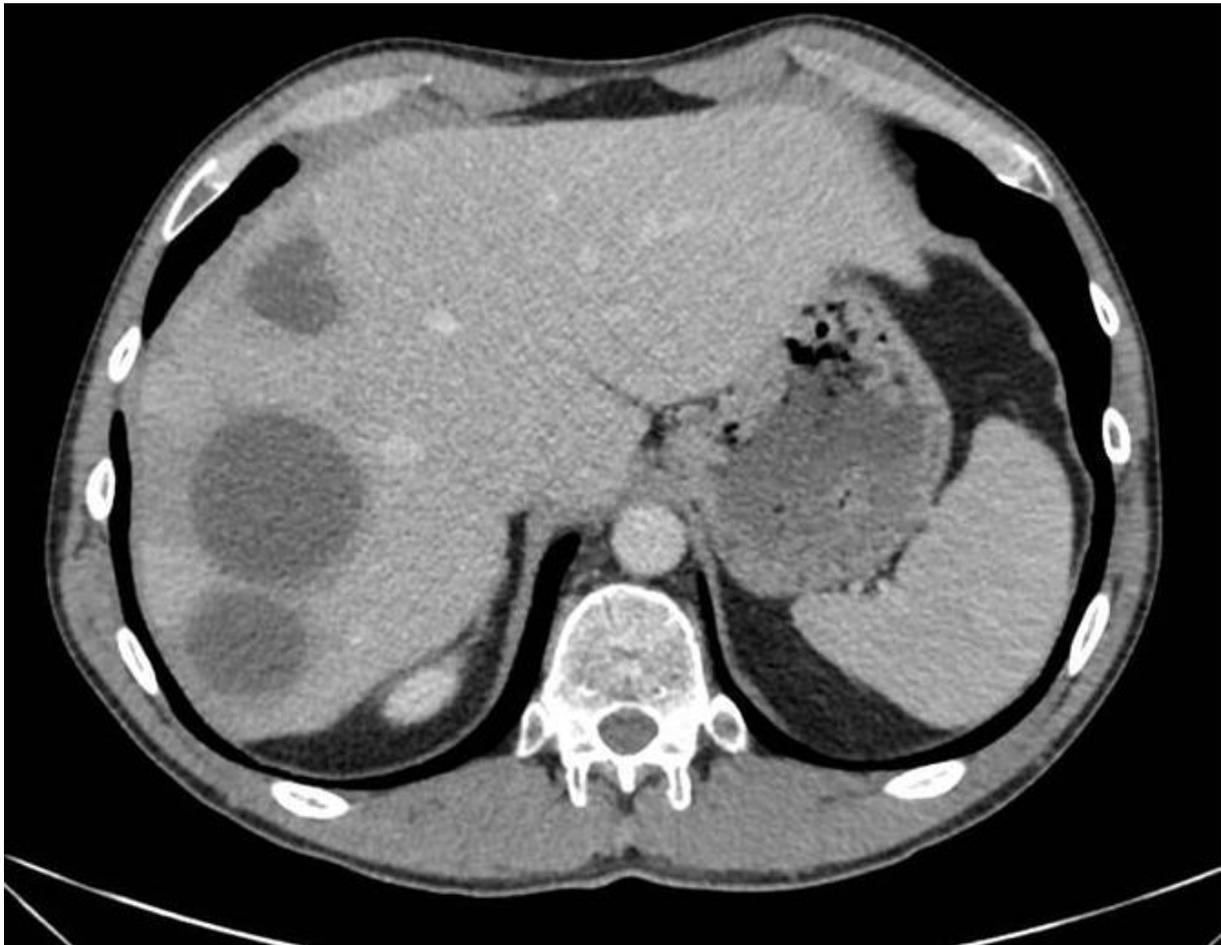
TDM (scanner) abdomino-pelvien (3 pts) ou échographie (3 pts)

PCR COVID-19 (1pt) et PCR multiplex nasopharyngée (recherche de la grippe) (1pt bonus)

La recherche de *Plasmodium* ainsi que la PCR multiplex nasopharyngée et la PCR COVID reviennent négatifs.

La radio de thorax ne retrouve pas d'anomalie.

Le scanner réalisé est le suivant (figure 1) :



Le scanner révèle 3 images circonférentielles bien limitées en faveur d'abcès multiples du foie dans le contexte dont la plus grande fait 5 x 5 cm.

**Donner les 2 diagnostics les plus probables**

Abcès amibiens multiples (5 pts)

Abcès bactériens multiples (5 pts)

**Commentaire :** La plupart des abcès bactériens touchent classiquement les 2 lobes, alors que l'amœbose affecte exceptionnellement le lobe gauche hépatique pour des raisons anatomiques en lien avec le système porte.

Des métastases hépatiques ou un hépatocarcinome montreraient des lésions souvent floues et mal délimitées. L'hydatidose hépatique se caractérise habituellement par la présence de vésicules filles au sein d'une cavité, qui est le plus souvent unique.

**Le patient est toujours stable sur le plan clinique, sans signe de sepsis. Quel examen biologique allez-vous demander en urgence?**

Une sérologie amibiase (5 pts).

**Commentaire :** La sérologie (ELISA) est obtenue rapidement en quelques heures pour le diagnostic d'abcès amibien, avec une forte sensibilité (98%) et spécificité (96%). Si le test revient négatif, une ponction doit être réalisée pour éliminer un abcès bactérien.

**Une ponction exploratrice du plus gros abcès est réalisée. Le liquide de ponction hépatique de fin de ponction est examiné au microscope. Quel parasite est-il possible d'observer? Le décrire.**

- Trophozoite (2 pts) hématophage (2 pts) d'*Entamoeba histolytica*, 20-40 µm (1 pt), noyau genre *Entamoeba* avec chromatine périphérique et caryosome punctiforme (1 pt bonus). Globules rouges phagocytés à différents stades de digestion (1 pt).

**Si l'examen ci-dessus avait été négatif car il est peu sensible, quel(s) examen(s) serait-il possible de faire sur le liquide de ponction pour montrer la présence de ce parasite?**

- qPCR *E. histolytica* (2 pts) ou recherche Ag *E. histolytica* (2pts) (*SREHP serine rich E. h. protein* ou *Adhésine spécifique du galactose et Gal-Nac via AC monoclonaux (EIA)* (l'un ou l'autre des Ag).

**La sérologie demandée (test rapide au latex) revient positive au 1/1024<sup>ème</sup> confirmant le diagnostic. Quel(s) médicament(s) va être prescrit(s)?**

Le traitement s'effectue en deux phases : utilisation d'un anti-amibien diffusible pour traiter l'épisode, puis d'un anti-amibien « de contact » pour traiter la colonisation intestinale :

- l'amœbicide diffusible (ou tissulaire) (2 pts) de choix est le **métronidazole** (2 pts) (Flagyl®) à la dose de 1,5 g à 2 g par jour chez l'adulte, en trois prises pendant 7 à 10 jours. Le traitement peut être donné *per os* (1 pt) ou par voie intraveineuse (1 pt).  
**D'autres nitro-imidazolés** (1 pt), le tinidazole (1 pt) (Fasigyne®) ou le secnidazole

(1 pt) (Secnol®), peuvent être proposés comme alternative, avec une efficacité comparable pour un traitement plus bref, en 1 à 5 jours.

- 3 jours après la fin du traitement, le **tiliquinol-tilbroquinol** (2 pts) (Intetrix®), **amœbicide de contact** (2 pts), doit être utilisé à la dose de 2 gélules matin et soir chez l'adulte pendant 10 jours. (La commercialisation de l'Intetrix® a été arrêtée en 2021; il peut être remplacé par la paromomycine (1 pt bonus) per os en ATU).

**Expliquer le pourquoi de la prescription.**

L'amoebicide tissulaire élimine les formes hématophages (2 pts). L'amoebicide de contact élimine les formes se trouvant dans la lumière intestinale (1 pt) pour éviter les rechutes (1 pt).

**Comment apprécier biologiquement l'efficacité du traitement ?**

Fièvre (1 pt), douleur (1 pt) et syndrome inflammatoire (1 pt) disparaissent rapidement (en 24-48 h) (1 pt).

La sérologie se normalise en quelques mois (2 pts).