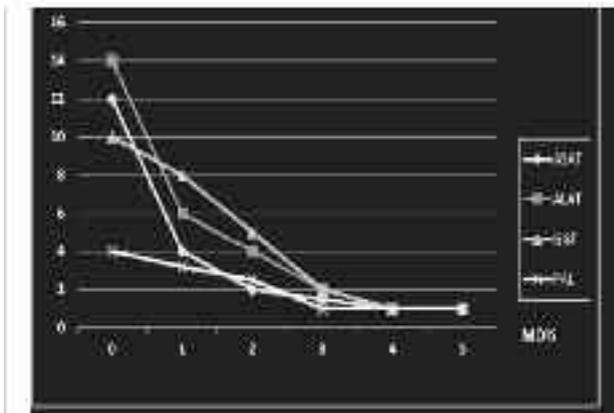
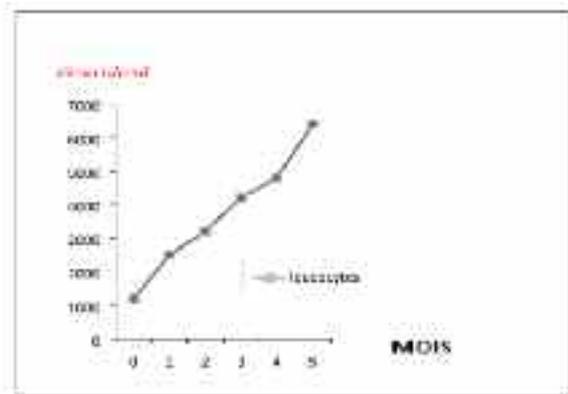


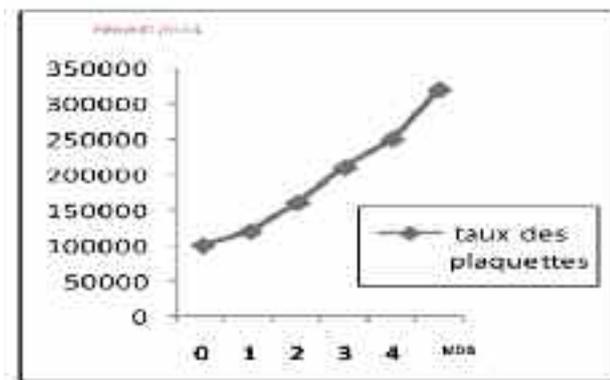
deux ans d'éviction, le patient était toujours asymptomatique avec une biologie strictement normale.



Figures 1 : L'évolution du bilan hépatique après éviction professionnelle



Figures 2 : L'évolution des taux des leucocytes après éviction professionnelle



Figures 3 : L'évolution des taux des plaquettes après éviction professionnelle

Conclusion

Cette observation pose le problème de toxicité des métaux lourds au sein du milieu professionnel dont l'incidence et la prévalence sont sous estimées du fait des cas sous diagnostiqués et parfois même non déclarés. Ainsi l'information du personnel sur les risques et les dangers potentiels de ces produits est nécessaire et reste du ressort des médecins du travail.

Références

1. Bastian PG. Occupational hepatitis caused by methylenedianiline. Med J Austral.1984;141:533-535.
2. Baum SL, Suruda AJ. Toxic hepatitis from dimethylacetamide. Int J Occup Environ Health.1997;3:1-4.
3. Cheong HK1, Kim EA, Choi JK, Choi SB, Suh JI, Choi DS, Kim JR. Grand rounds: an outbreak of toxic hepatitis among industrial waste disposal workers Environ Health Perspect. 2007;115:107-12.
4. B. Mégarbane, N. Deye et F. Baud. Foie toxique: mécanismes lésionnels et thérapeutiques pharmacologiques spécifiques. Réanimation 2007 ; 16, 632-642.
5. Navarro VJ, Senior JR. Drug-related hepatotoxicity. N Engl J Med 2006;354:731-9.

Diverticule de Meckel révélé par un abcès du foie Meckel's diverticulum present as pyogenic liver abscess

Ahmed Nabil Gordah, Béchir Khalifa, Abdeljabbar Hlali, Mohamed Hédi Manai
Service de chirurgie - hôpital militaire de Tunis / de Médecine de Tunis

Introduction

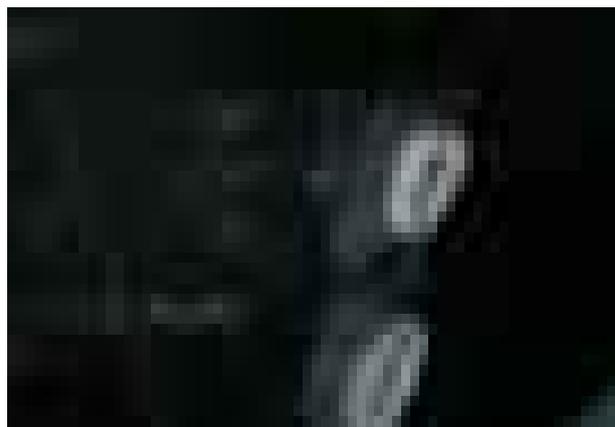
Le diverticule de Meckel (DM) est une anomalie congénitale du tube digestif dû à l'involution incomplète du canal vitellin. Il est retrouvé avec une incidence d'environ 2 à 4 % dans la population générale et la plupart des diverticules restent asymptomatiques(1). Les complications sont généralement une hémorragie, une surinfection ou une obstruction; plus rarement une dégénérescence peut être observée. Il s'agit d'un cas de diverticule de Meckel révélé par un abcès hépatique .Le but de ce travail est de souligner à travers cette observation les difficultés diagnostiques et les particularités cliniques de cette affection. Aucun des signes cliniques et biologiques n'avait permis d'évoquer initialement le diagnostic. Seule l'imagerie avait permis de l'orienter et il a été confirmé à l'exploration chirurgicale. Les diverticulites représentent 12 à 31% de l'ensemble des complications du DM. Elles s'observent à tout âge, particulièrement chez le grand enfant et l'adulte [2]. Un seul travail a été retrouvé sur Medline rapportant un DM révélé par un abcès à pyogènes du foie [3].

Observation

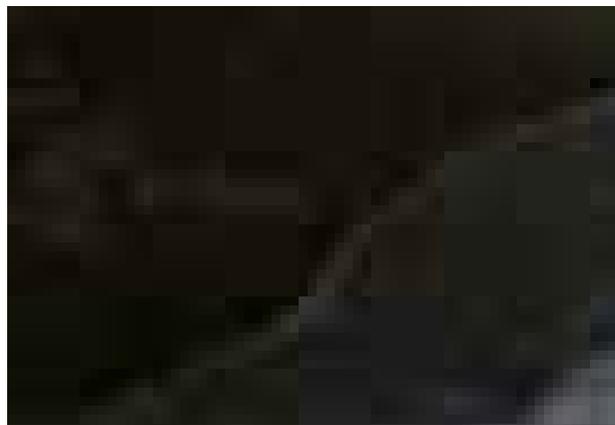
Madame G.R, âgée de 66 ans, diabétique non

insulinodépendante, hypertendue, a été admise en urgence pour prise en charge d'une douleur aiguë de l'hypochondre droit associée à une fièvre. La symptomatologie remontait à cinq jours marquée par l'apparition d'une douleur de l'hypochondre droit sans irradiations particulières, associée à des vomissements et à une fièvre non chiffrée. L'interrogatoire ne rapportait pas la notion de troubles du transit. L'examen clinique trouvait une patiente algique, anictérique, fébrile à 39°C. L'abdomen était souple et dépressible, sensible à la palpation de l'hypochondre droit. Il n'y avait pas de masse abdominale palpable ni de viscéromégalie et les touchers pelviens étaient normaux. Le reste de l'examen clinique était sans anomalies notables. Devant ce tableau clinique, un bilan biologique a été réalisé montrant une hyperleucocytose à 17800 élm/mm³, et une CRP à 263. Le bilan hépatique montre une légère cholestase (bilirubine totale=89 mmol/l dont 37mmol/l de conjuguée; P*Alc 148 UI/l) et une légère cytolysse (1,5 N). Une échographie abdominale réalisée en urgence montrait la présence au niveau du foie d'une masse tissulaire hétérogène au niveau des segments VIII et V du foie partiellement nécrosée, non calcifiée de 11 cm de grand axe. La vésicule biliaire était non distendue, alithiasique et les voies biliaires n'étaient pas dilatées. Il existait par ailleurs une masse tissulaire au niveau de la fosse iliaque gauche bien limitée, d'aspect hypoéchogène aménageant un liseré hyperéchogène central, mesurant 6 cm de grand axe, d'origine très probablement digestive. Une TDM abdominale a été réalisée pour compléter cette exploration échographique, visualisant au niveau des segments VIII et V du foie, une volumineuse formation de 11x6 cm de diamètre, hétérogène, aménageant de multiples logettes, nécrosée au centre, en faveur d'un abcès. Il existe également une masse tissulaire de 6 cm de grand axe dans la fosse iliaque gauche, accolée à une anse grêlique, nécrosée au centre et siège de quelques bulles d'air évoquant soit une tumeur soit un diverticule du grêle surinfecté. La patiente a été mise sous traitement antibiotique (tazocilline 4gx3/j, flagyl 1gx3/j) après avoir réalisé une série d'hémocultures dont les résultats étaient négatifs. Dans le cadre du bilan étiologique, une sérologie de l'amibiase et un dosage des marqueurs tumoraux (ACE, CA19-9, AFP) ont été réalisés et étaient négatifs. Une coloscopie a été réalisée ne montrant pas d'anomalies particulières au niveau du colon et du rectum. Un drainage percutané sous contrôle scannographique de l'abcès hépatique était réalisé au 6ème jour d'hospitalisation ramenant d'emblée 80 cc de liquide franchement purulent dont la culture était négative. Un deuxième drainage percutané est réalisé au 15ème jour d'hospitalisation du fait du déplacement du premier drain. Il a ramené d'emblée 250cc de liquide franchement purulent (culture négative). L'évolution clinique était marquée par l'amélioration progressive de l'état général, une apyrexie durable et un retour à la normale des

chiffres des globules blancs et de la CRP. La patiente a été opérée au 27ème jour d'hospitalisation. L'exploration peropératoire a montré la présence d'un diverticule de Meckel infecté pseudo-tumoral accolé à la face postérieure de la vessie et situé à 1,5 mètre du carrefour iléo-caecal. L'exploration peropératoire du foie était difficile du fait de l'accolement de celui-ci au diaphragme et n'a pas objectivé de collection fluctuante nécessitant un drainage chirurgical. Une résection grêlique a été réalisée emportant le diverticule avec rétablissement immédiat de la continuité digestive par anastomose grêlo-grêlique. Les suites opératoires étaient simples et le dernier contrôle radiologique, réalisée au 12ème jour postopératoire, a montré une régression de l'abcès hépatique laissant place à de petites logettes centimétriques confluentes. La patiente a été autorisée à rentrer après 40 jours d'hospitalisation. Le traitement antibiotique par tazocilline et flagyl a été gardé durant toute l'hospitalisation, relayé à la sortie par l'association ampicilline-acide clavulanique.



Figures 1 ::TDM abdominale visualisant au niveau des segments VIII et V du foie une volumineuse formation hétérogène , aménageant de multiples logettes , nécrosée au centre, en faveur d'un abcès.



Figures 2 : TDM abdominale montrant une masse tissulaire de 6 cm de grand axe dans la fosse iliaque gauche accolée à une anse grêle.

Conclusion

La principale caractéristique du diverticule de Meckel est sa latence clinique. Le diagnostic préopératoire du diverticule de Meckel compliqué est de diagnostic malaisé. L'observation que nous présentons se caractérise par un diverticule de Meckel compliquée de surinfection avec dissémination de l'infection au foie, constituant un abcès hépatique et révélant cette anomalie. C'est l'imagerie qui a permis d'orienter le diagnostic positif et également causal. Le traitement des abcès à pyogènes du foie repose sur une antibiothérapie d'abord à large spectre puis ciblée sur le germe mis en évidence, parfois en combinaison avec une ponction ou un drainage percutané ou chirurgical et le contrôle de la source primaire [4]. La chirurgie est réservée aux échecs du traitement médical (en particulier quand l'abcès est multiloculaire et que sa taille est supérieure à 5 cm) et à la cause de l'abcès si elle nécessite une sanction chirurgicale [5].

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Références

1. Stanescu GL, Plesea IE, Diaconu R et al. Meckel's diverticulum in children, clinical and pathological aspects. *Rom J Morphol Embryol* 2014, 55(3 Suppl):1167-70.
2. Bemelman WA, Hugenholtz E, Heij HA, Wiersma PH, Obertop H. Meckel's diverticulum in Amsterdam: experience in 136 patients. *World J Surg* 1995 Sep-Oct; 19(5): 734-6.
3. Hussien M, Watts S, Carey PD. Meckel's diverticulum present as pyogenic liver abscess: report of first case. *Ir J Med Sci* 2001 Apr-Jun; 170(2):148.
4. Lardiere-Deguelle S, Ragot E, Amroun K et al. Hepatic abscess: Diagnosis and management. *J Visc Surg* 2015 Sep; 152(4):231-43.
5. Tan YM, Chung AY, Chow PK et al. An Appraisal of surgical and percutaneous drainage for pyogenic liver abscesses larger than 5 cm. *Ann Surg* 2005 Mar; 241(3): 485-90.