

A propos d'un cas de Listéria

H. Elmiger^a, J. Bille^b, M. Prella^a

Description du cas

Un patient de 42 ans, connu pour un mélanome choroïdien de l'œil gauche avec métastases hépatiques traitées par hépatectomie droite partielle il y a 11 mois et par 10 cures de chimiothérapie mensuelle intra abdominale, est hospitalisé dans notre service pour un état fébrile persistant depuis 3 semaines. L'évolution oncologique est considérée comme favorable avec une stabilisation des lésions métastatiques.

Il présente des épisodes fébriles vespéraux quotidiens à 39 °C avec frissons, malgré une antibiothérapie empirique ambulatoire de quinolone puis pénicilline par voie orale.

Au status d'entrée, le patient est hémodynamiquement stable, fébrile à 38 °C, déshydraté, ictérique. Son état de vigilance est normal, aucun méningisme n'est constaté. Le point d'entrée du porth-à-cath est calme. L'abdomen est souple et indolore, le foie est palpé au rebord costal, son ébranlement est indolore. Le reste du status est sans particularité.

Les examens de laboratoire montrent des leucocytes à 6,1 G/l, dont 71% de neutrophiles sans déviation gauche, une CRP à 170 mg/l (< 10) et les tests hépatiques suivants: ASAT à 211 µl/l (14–50), ALAT à 433 µl/l (11–60), phosphatase alcaline à 666 µl/l (36–108), γ-GT à 394 µl/l (11–62), bilirubine totale à 91 µmol/l (0–21); le reste des examens de chimie de même que la crase sont dans les normes.

La radiographie du thorax est normale. Le CT-scan abdominal montre plusieurs nouvelles lésions hépatiques à centre hypodense dont 3 semblent communiquer (fig. 1).

Un drain mis en place sous ultrasonographie dans une des 3 lésions communicantes rend un liquide épais et brunâtre. L'examen direct montre de nombreux leucocytes sans germes. Les hémocultures et la culture d'urine sont stériles. Un traitement empirique de ceftriaxone et métronidazole est instauré dans l'hypothèse d'abcès à germes d'origine intestinale. La culture du liquide de drainage révèle une *Listeria monocytogenes* sérotype 3a. L'antibiothérapie est alors modifiée en faveur de l'association amoxicilline/gentamicine. L'évolution est rapidement favorable avec disparition de l'état fébrile et correction des paramètres inflammatoires et de cytololyse. Un contrôle scannographique à 1 semaine confirme une diminution des lésions. Le drain est retiré à 10 jours. L'antibiothérapie est poursuivie dès la troisième semaine de traitement par du co-trimoxazol pour une durée de 4 semaines. Un CT-scan abdominal effectué 5 mois plus tard est sans lésion.

Discussion

Listeria monocytogenes est un bacille gram-positif, intracellulaire. La contamination est digestive à partir de produits alimentaires variés:

^a Département de médecine interne, CHUV, Lausanne

^b Institut de microbiologie, CHUV, Lausanne

Correspondance:
Dr méd. Maura Prella
Clinique de médecine 1
Département de
médecine interne
HUG
CH-1211 Genève

maura.prella@hcuge.ch

Figure 1.



produits laitiers non pasteurisés, mais aussi viandes et poissons [1]. La période d'incubation est longue, de 2 à 6 semaines, ce qui contribue à la difficulté d'incriminer un aliment spécifique comme source d'infection. La plupart des cas de *Listeria* sont sporadiques et les souches épidémiques ne diffèrent pas des souches non-épidémiques en terme de virulence.

Chez l'adulte, en dehors de la grossesse, la listériose se manifeste principalement par une méningo-encéphalite ou une septicémie isolée, et moins fréquemment par une atteinte focale qui touche en premier lieu le cœur, les os et le péritoine. Les atteintes hépatiques sont rares et se rencontrent essentiellement lors de septicémie. Ces cas ont principalement été décrits chez des patients immunosupprimés (HIV, transplantés) et chez des patients diabétiques. En l'absence de bactériémie, la localisation hépatique isolée semble s'expliquer par une translocation via le système porte [2].

Il existe trois tableaux cliniques d'atteinte hépatique isolée: l'hépatite, l'abcès unique et les abcès multiples. Dans ce dernier cas, le pronostic est le moins favorable avec, dans la littérature, une mortalité de 70 à 80% [3].

Le traitement associe une pénicilline à un aminoglycoside dont l'effet sur *Listeria monocytogenes* est synergique et bactéricide [4]. Le cotrimoxazol est une alternative en cas d'allergie à la pénicilline et permet de compléter le trai-

tement parentéral par une antibiothérapie orale. La durée du traitement n'a pas fait l'objet d'études contrôlées, mais une antibiothérapie de 4 à 6 semaines est généralement prescrite, surtout pour les formes neuro-méningées.

Notre patient présente des abcès hépatiques multiples à *Listeria monocytogenes*, sans les facteurs de risque communément décrits dans la littérature. Dans ce contexte, à l'entrée du patient, le diagnostic différentiel se posait entre de nouvelles lésions métastatiques nécrosées versus des abcès pyogènes à anaérobies et/ou entérobactéries ou à staphylocoques dorés au vu de la présence du porth-à-cath abdominal. Au vu de l'antibiothérapie empirique reçue en ambulatoire, la possibilité d'une bactériémie non documentée à *Listeria monocytogenes* ne peut être exclue. L'évolution fut rapidement favorable sous traitement antibiotique ciblé associé à un drainage. Cette bonne évolution d'une pathologie potentiellement fatale est probablement à attribuer à des facteurs de virulence spécifique du microorganisme et à l'immunité du patient.

Ce cas nous rappelle l'existence d'atteinte hépatique isolée due à *Listeria monocytogenes* et souligne l'importance d'une ponction diagnostique en présence de lésions hépatiques focales.

Références

- 1 Fantelli K, Stephan R. Int J Food Microbiol 2001;70:63-9.
- 2 Lopez-Prieto MD, Aller Garcia AI, Alcaraz Garcia S, Lopez Cepero J. Liver abscess due to *Listeria monocytogenes*. Clin Microbiol Infection 2000; 6:226-7.
- 3 Braun TI, Travis D, Dee RR, Nieman RE. Liver abscess due to *Listeria monocytogenes*: Case report and review. Clin Inf Dis 1993;17:267-9.
- 4 Temple ME, Nahata MC. Treatment of Listeriosis. The Annals of Pharmacotherapy 2000;34:656-61.