

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

Abcès hépatique multiloculaire à *Corynebacterium* sp. chez un homme immunocompétent : à propos d'un cas et revue de la littérature

DOI: 10.70780/medpeer.000QGQK

AUTEUR ET AFFILIATION

Dr Bekolo Metoumess Eugene Petrouss¹, Pr Mohamed Menfaa², Dr Errabi Nizar³, Dr Bekolo Sambong Hilary⁴

¹ Résident chirurgie viscérale et digestive

² Chef service chirurgie viscérale et digestive Hopital militaire Moulay Ismaël de Meknes

³ Chirurgien viscéraliste

⁴ Résident chirurgie orthopédique

Corresponding author: Dr Bekolo Metoumess Eugene Petrouss.

RÉSUMÉ

Introduction : Les abcès hépatiques à *Corynebacterium* sont extrêmement rares. Nous décrivons le cas d'un homme de 46 ans sans facteur de risque majeur, présentant un abcès hépatique causé par *Corynebacterium* sp.

Observation clinique : Un taximan de 46 ans, marié, non diabétique, non hypertendu, non alcoolique, a été admis pour douleur de l'hypochondre droit, fièvre, vomissements, asthénie et amaigrissement progressif sur un mois. L'imagerie (échographie, TDM) a montré une collection hépatique multiloculaire de 17 cm. Le patient a bénéficié d'un drainage chirurgical + antibiothérapie empirique (céftriaxone, métronidazole, fluconazole) + nutrition parentérale. Le germe identifié dans le pus était un *Corynebacterium* sp.

Intervention chirurgicale : Drainage sous contrôle chirurgical, mise en place de drains dans le lit hépatique et la gouttière pariéto-colique.

Résultat : Amélioration clinique rapide, normalisation de l'inflammation, et bonne évolution sous traitement.

Discussion : Revue des cas similaires dans la littérature, particularités du *Corynebacterium* en pathologie hépatique, options thérapeutiques, pronostic.

Conclusion : À ce jour, peu de cas d'abcès hépatique à *Corynebacterium* ont été rapportés. Cette observation souligne l'importance de la microbiologie, de l'identification fine des corynéformes, et d'un drainage agressif combiné à une antibiothérapie dirigée.

MOTS-CLÉS

Abcès hépatique , *Corynebacterium* sp

ARTICLE PRINCIPAL

INTRODUCTION

Les abcès du foie (suppurations localisées dans le parenchyme hépatique) peuvent être pyogènes, parasitaires (notamment amibiens), fongiques, ou mixtes. avec l'avènement des techniques d'imagerie modernes et des traitements, la mortalité a diminué par rapport aux décennies précédentes.[1] Les abcès pyogènes sont les plus fréquents.[1,2] Toutefois, les abcès causés par des corynéformes (genre *Corynebacterium*) sont très rares, peu suspectés, parfois sous-estimés comme pathogènes. Une revue récente souligne que des *Corynebacterium* peuvent être impliqués dans des abcès pancréatiques ou hépatiques.[3,6]

Objet de l'article : rapporter ce cas inhabituel, décrire la prise en charge chirurgicale, et discuter à travers la littérature.

PRÉSENTATION DU CAS (CASE REPORT)

Données cliniques

1. Histoire du patient

- Âge : 46 ans, marié, conducteur de taxi.
- Antécédents : pas d'hypertension, pas de diabète, pas de chirurgie abdominale antérieure, non alcoolique, tabagique.
- Histoire actuelle (anamnèse) : symptômes apparus progressivement depuis un mois : douleur modérée à l'hypochondre droit déclenchée par les mouvements, vomissements, fièvre, asthénie, amaigrissement de 10 kg, anorexie.

2. Signes cliniques

- À l'admission : altération de l'état général, bonne coloration des muqueuses, mauvais état dentaire, pas d'adénopathies palpables.
- Pas de toux, pas de trouble de la conscience.
- À l'examen abdominal : abdomen non distendu, souple, douleur à la palpation de l'hypochondre droit. Hépatomégalie (foie augmenté de taille), irrégulier, plusieurs masses palpables, sans circulation veineuse collatérale. Toucher rectal sans particularité.
- Autres signes : œdème en chaussettes (aux membres inférieurs).
- Système cardio-pulmonaire sans particularité.

Examens complémentaires

1. Imagerie



Fig 1 : **Échographie abdominale** : masse hypoéchogène, hétérogène, au niveau hépatique, « fusant » vers l'épigastre, environ 17 cm.

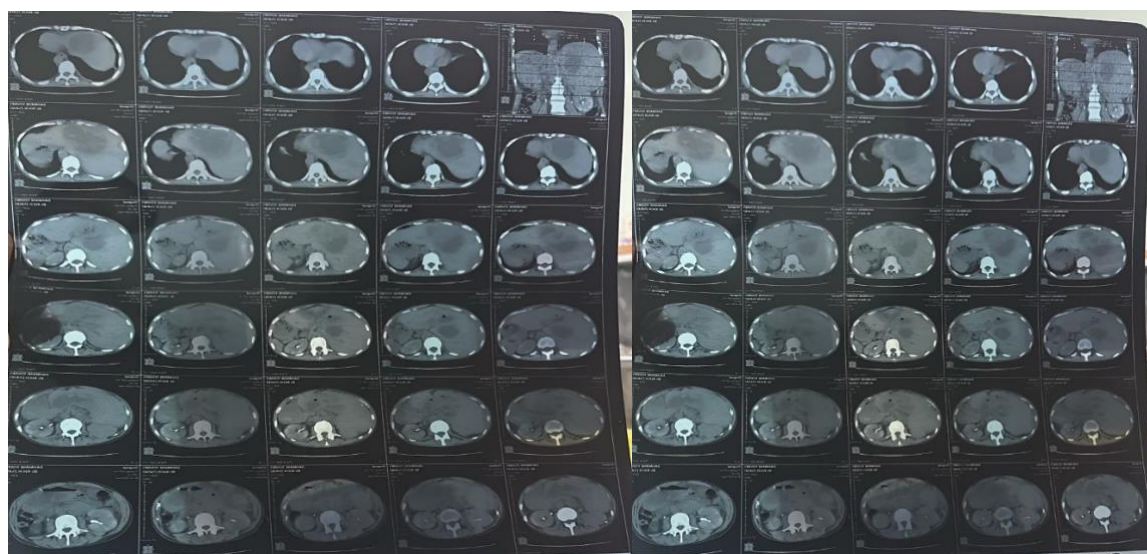


Fig 2 : **TDM abdomino-pelvienne** : collection multiloculaire communiquant entre les segments 1, 2, 3, 4, 8; la plus volumineuse mesure $\sim 95 \times 84$ mm.

- Radiographie thoracique : ascension de la coupole diaphragmatique droite (ce qui peut traduire une masse sous-diaphragmatique).

2. Biologie

- NFS : Hémoglobine 9,5 g/dL, GB 13 000/mm³, neutrophiles 9 000/mm³, éosinophiles 0, plaquettes 551×10^3 /mm³.

- Bilan hépatique : bilirubine totale 10,20 mg/L, bilirubine directe 5,20 mg/L, ALAT 65 UI/L, ASAT 79 UI/L.
- Inflammation : CRP 113 mg/L.
- Sérologies virales : hépatite B et C négatives, VIH 1 et 2 négatifs.
- Sérologie hydatique : négative.
- Marqueurs tumoraux : AFP (alpha-foetoprotéine) normal, CA19-9 neg, ACE neg.

Diagnostic et hypothèses différentielles

- Sur la base du tableau clinique (fièvre, douleur, amaigrissement), de l'imagerie (collection multiloculaire), et de la biologie (syndrome inflammatoire), un abcès hépatique a été fortement suspecté.
- Les diagnostics différentiels envisagés :
 1. Abcès amibien (amibiase hépatique) – compte tenu de la fièvre, de l'hépatomégalie, mais la sérologie hydatique-amibienne / parasitaire a été évaluée (sérologie hydatique négative, mais sérologie d'amibe pas mentionnée, cependant dans la pratique, sérologie amibiase + examen parasitologie peuvent être demandés).
 2. Kyste hydatique (hydatidose) – mais sérologie hydatique négative.
 3. Tumeur hépatique (ex : carcinome, cholangiocarcinome) – bilan des marqueurs tumoraux (AFP, CA19-9, ACE) normal, ce qui rend la tumeur moins probable.
 4. Abcès tumoral ou abcès sur tumeur (nécrose), mais les marqueurs normaux et l'imagerie en faveur de collection purulente ont orienté vers une suppuration infectieuse.

Prise en charge thérapeutique

1. Traitement médical initial
 - Mise sous rocéphine (céftriaxone) 2 g toutes les 12 h (antibiotique à large spectre)
 - Flagyl (métronidazole) 500 mg toutes les 8 h (couvrant les anaérobies)
 - Fluconazole 200 mg/24h (antifongique) – probablement en prophylaxie / couverture fongique dans le contexte d'un abcès important ou suspicion de surinfection fongique.
 - Nutrition parentérale pendant une semaine : Vitrimix, albumine (pour corriger la dénutrition, soutenir l'immunité et aider à la rémission).
2. Intervention chirurgicale

- Décision de drainage chirurgical (plutôt que percutané) en raison du grillage des lobules hépatiques et des communications entre les collections (complexité anatomique).
- En per-opératoire : découverte d'une volumineuse collection au niveau du segment 8, communiquant avec les segments 4 et 5.
- Trois flacons de pus ont été prélevés : pour recherche de germe non spécifique, bacilles de Koch (BK, pour exclure la tuberculose), et une biopsie hépatique (pour évaluer la paroi de l'abcès, la nécrose, éliminer une tumeur dégénérative).
- Drainage chirurgical : mise en place de drains dans le « lit drainé » (lit de l'abcès hépatique) et également dans la gouttière pariéto-colique (probablement pour assurer un bon écoulement du pus et éviter les récives).
- Technique : laparotomie (ou chirurgie ouverte), excision partielle, prélèvement du pus ou drainage logette par logette + biopsie tissu hépatique pour anatomopathologie, lavage abondant au sérum salé, mise de drains,

3. Suite post-opératoire et évolution

- Amélioration clinique dès 3 jours postopératoires.
- Rémission des signes infectieux (fièvre, CRP, douleur), bonne tolérance des drains.
- Les résultats du cyto-bactériologie du pus ont identifié **Corynebacterium sp.**

Comme agent étiologique.

Analyse: PUS :	
<u>Examens</u>	
Examen direct coloré (Gram)	Bacilles à Gram positif
Culture germes banals	Positive
Culture Champignons	Stérile
<u>Cultures</u>	
Corynebacterium sp	
Linézolide (LZD)	Résistant
Vancomycine (VA)	Sensible
Tétracycline (TE ou TET)	Sensible
Pénicilline G (P ou PEN)	Résistant
Minocycline (Min ou MNO)	Sensible
Doxycycline (D ou DO)	Sensible
Co-trimoxazole (SXT ou TSU)	Résistant
Amoxicilline (AMX)	Résistant
Moxifloxacin (moxifl)	Sensible

Résultats microbiologiques

- Identification du germe : *Corynebacterium* sp. (genre corynéforme).
- Le rapport de cytologie a probablement montré des polymorphonucléaires, des débris nécrotiques, confirmant une suppuration.
- Le *Corynebacterium* isolé n'est pas toujours considéré comme pathogène dans les protocoles classiques ; d'où l'importance d'une identification précise (espèce, sous-espèce) et d'une interprétation clinique.
- Les antibiotiques ont été ajustés en fonction de l'antibiogramme. Dans de nombreux cas, *Corynebacterium* est sensible à la pénicilline, aux macrolides, ou aux céphalosporines, selon l'espèce.

Discussion

1. Importance du pathogène

- Le *Corynebacterium* est un genre de bacilles Gram-positifs, non spasmodiques, souvent assimilés aux « diphtéroïdes » (corynéformes). Certaines espèces sont des commensales cutanées ou muqueuses, d'autres peuvent être des pathogènes opportunistes.[2]
 - Une espèce particulière, *Corynebacterium afermentans* subsp. *lipophilum*, a été décrite comme responsable d'un abcès hépatique chez un homme de 39 ans (avec aussi un abcès cérébral) dans la littérature.[1,2]
 - Dans cette étude (Dykhuisen et al., 1995), l'abcès traversait le diaphragme et provoquait un épanchement pleural et une périostite costale, soulignant le potentiel invasif de certaines corynéformes.[1]
 - Une revue récente (Mitchell et al., 2025) signale que des abcès pancréatiques et hépatiques causés par *Corynebacterium* ont été rapportés, bien que rares, et que ce genre est trop souvent sous-estimé comme agent pathogène.[4]
- Identification taxonomique : la distinction des corynéformes pathogènes (espèces/clades) nécessite des méthodes spécialisées (identification moléculaire, 16S rRNA, MALDI-TOF, etc.)

2. Revue des cas similaires

- Dykhuisen et al avaient corréles le *Corynebacterium* avec de multiple abces cerebrale.[1]
- Balfour JR, et al. Dans leur etude avait retrouver le *Corynebacterium* dans les cas d acnes et d abces hepaticque chez les patients[2]

- Yang T, et associe .mettent en evidence des cas d insuffisance ventriculaire dut au Corynebacterium afermentans (ClinicalKey) .[3]

3. Stratégie thérapeutique

- Le traitement combiné (drainage + antibiotiques) reste la pierre angulaire des abcès hépatique.[6]

- Le choix d'un drainage chirurgical (plutôt que percutané) peut être justifié dans les abcès complexes — multiloculaires, communications entre collections, localisation difficile, etc.

- L'antibiothérapie doit être adaptée à l'agent identifié : dans le cas des corynéformes, la sensibilité varie selon les espèces. L'utilisation de céphalosporines, de pénicillines, ou d'autres agents dépend de l'antibiogramme.

- L'ajout de nutrition parentérale et la correction de la dénutrition sont importants, car un bon état nutritionnel favorise la cicatrisation et la réponse immunitaire.

4. Pronostic

- Bien que les abcès à Corynebacterium soient rares, une identification et une prise en charge appropriée peuvent conduire à une récupération complète, comme dans votre cas.

- Le retard de diagnostic peut être un défi, car ces bactéries sont parfois considérées comme des contaminants dans les cultures. La suspicion clinique doit rester élevée quand l'évolution est atypique.

5. Limites et points à surveiller

- Il serait utile d'identifier l'espèce précise (par exemple, C. afermentans, C. acnes, etc.) par des méthodes moléculaires, pour mieux comprendre la pathogénicité.

- Il faut surveiller la récurrence, notamment via l'imagerie (échographie, scanner) après drainage et interruption des drains.

- Suivre la normalisation des marqueurs inflammatoires et la fonction hépatique.

- Documenter la durée de l'antibiothérapie post-drainage (IV puis relais oral) selon la réponse microbiologique et clinique.

Conclusion

- Ce cas illustre une cause rare mais clinique-ment significative d'abcès hépatique à *Corynebacterium* chez un adulte immunocompétent sans facteurs de risque majeurs.
- Il souligne l'importance de ne pas négliger les corynéformes comme pathogènes potentiels, surtout en cas d'isolement dans du pus d'abcès.
- Une stratégie de prise en charge combinée (drainage chirurgical + antibiothérapie ciblée) peut aboutir à une guérison complète.
- Une meilleure sensibilisation et documentation de tels cas peuvent enrichir la littérature et aider à guider la prise en charge future.

Perspectives et recommandations

1. Encourager le report de cas similaires dans la littérature pour mieux caractériser les espèces de *Corynebacterium* impliquées dans les abcès hépatiques.
2. Utiliser des méthodes de laboratoire avancées (PCR, séquençage, MALDI-TOF) pour identifier l'espèce, afin d'adapter le traitement le plus efficacement possible.
3. Mettre en place un suivi post-thérapeutique (clinique, biologique, radiologique) pour évaluer la récurrence et la résolution complète du foyer.
4. Travailler en collaboration multidisciplinaire (infectiologie, chirurgie, microbiologie) pour une prise en charge optimale.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Dykhuizen RS, Douglas G, Weir J, Gould IM. *Corynebacterium afermentans* subsp. *lipophilum*: multiple abscess formation in brain and liver. *Scand J Infect Dis*. 1995;27(6):637-639. <https://doi.org/10.3109/00365549509047082>
2. Balfour JR, Merzbach D, Freundlich E, Metzker A, Falk W. Liver Abscess due to *Corynebacterium acnes*. ... 1971. <https://doi.org/10.1177/000992287101000119>
3. Yang T, et al. A case of delayed-onset ventriculo-peritoneal shunt infection with *Corynebacterium afermentans*. ... 2016. <https://doi.org/10.1016/j.inat.2016.03.007>
4. Mitchell BI, et al. An underestimated pathogen: *Corynebacterium* species. *J Clin Microbiol*. 2025. <https://doi.org/10.1128/CMR.10.1.125>
5. Funke G, Martinetti Lucchini G, Pfyffer GE, Marchiani M, von Graevenitz A. Clinical Microbiology of *Coryneform* Bacteria. *Clin Microbiol Rev*. 1997;10(1):125-159. <https://doi.org/10.1128/CMR.10.1.125>
6. Chuang TY, Sax AT, Dauway E, De Clercq S. Hepatic abscess secondary to the accidental ingestion and lodgment of dental wires in the large bowel: A case report. *J Case Rep Images Surg*. 2018;4(1):1-5