

RECTITE AIGUË À CYTOMÉGALOVIRUS CHEZ UN PATIENT IMMUNOCOMPÉTENT

LEDOUBLE V (1), DEFLANDRE J (2), DELOS M (3), MOERMAN F (4), LISMONDE JL (5), PUTZEYS V (6)

RÉSUMÉ : Des cas de rectite à cytomégalo­virus (CMV) sont fréquemment rapportés chez des patients immunodéprimés. Cependant, certains cas de rectite à CMV sont associés à une primo-infection à CMV et des rapports anaux non protégés chez une personne immunocompétente. La diarrhée hémorragique est le symptôme le plus fréquent. La présentation endoscopique est variée. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, endoscopiques et histologiques. Le pronostic de l'affection est favorable. Le traitement est simplement supportif. Une recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles doit être réalisée.

MOTS-CLÉS : Rectite – Cytomégalo­virus -Transmission sexuelle - Immunocompétence

ACUTE CYTOMEGALOVIRUS PROCTITIS IN A IMMUNOCOMPETENT PATIENT

SUMMARY : Cases of CMV proctitis are frequently reported in immunocompromised patients. However, some cases of CMV proctitis are linked to a CMV primary infection and to unprotected anal intercourse in immunocompetent patients. The most common symptom is bloody diarrhea (hemorrhagic colitis). The endoscopic exam can present in distinct forms. The diagnostic is based on a set of clinical, biological, endoscopic and histological arguments. The prognosis of the disease is favorable. The treatment is supportive. A research on other sexually transmitted diseases must be conducted.

KEYWORDS : Proctitis - Cytomegalovirus - Sexual transmission – Immunocompetence

INTRODUCTION

Nombreux sont les cas d'infections digestives à cytomégalo­virus (CMV) rapportés dans la littérature chez les patients immunodéprimés. Pour un sujet immunocompétent, la survenue d'une rectite à CMV est moins fréquente. Nous rapportons l'observation de deux cas de rectite à CMV chez des patients sans facteurs d'immuno­dépression sous-jacents.

CAS NUMÉRO 1

Une jeune femme de 26 ans se présente aux urgences pour des douleurs abdominales et rectales depuis quelques jours, associées à de la fièvre à plus de 38°C, des rectorragies et des selles liquides. Elle n'a aucun antécédent particulier sur le plan médical et chirurgical. Elle ne prend aucun traitement.

L'analyse biologique réalisée à l'admission montre des leucocytes à 6.330/mm³ avec 17 % de lymphocytes réactionnels, une légère thrombocytopénie à 152.000/mm³, une CRP à 27 mg/l, une fonction rénale conservée et un ionogramme normal, mais une altération des tests hépatiques modérée d'allure mixte (TGO à 86

UI/l, TGP à 119 UI/l, GGT à 169 UI/l et phosphatases alcalines à 157 UI/l)

Un scanner abdomino-pelvien injecté est réalisé lors de l'admission aux urgences montrant une infiltration rectale et péri-rectale aspécifique. Il existe également une splénomégalie (Figures 1, 2).

Une antibiothérapie empirique est instaurée au service des urgences par ciprofloxacine et métronidazole. Les pics fébriles persistent malgré l'antibiothérapie et toutes les hémocultures sont négatives. Les coprocultures sont également négatives. L'analyse d'urine, réalisée à l'admission, est stérile.

Une recto-sigmoïdoscopie montre une rectite basse modérée avec ulcérations rectales et des biopsies sont réalisées. Une écho-endoscopie basse est réalisée devant la persistance de la fièvre. Elle révèle de nombreuses adénopathies et permet d'exclure un abcès.

Les sérologies signent une infection aiguë à CMV (IgM 3 +). Les biopsies rectales confirment une rectite aiguë avec infection par le CMV (Figures 3, 4). Dans ces conditions, l'antibiothérapie est stoppée. La patiente évolue favorablement avec disparition des douleurs, de la fièvre et reprise d'un transit normal sous traitement symptomatique. L'anamnèse complémentaire signale des rapports sexuels anaux récents non protégés.

CAS NUMÉRO 2

Un homme de 54 ans est admis via le service des urgences pour des douleurs abdominales diffuses depuis moins d'une semaine, une constipation nouvelle et un syndrome rectal associant douleurs anales, faux-besoins et exo-

(1) Assistante, Service de Gastro-entérologie, CHR de la Citadelle, Liège, Belgique.

(2) Gastro-entérologue, Chef de Service adjoint, (6) Gastro-entérologue, CHR de la Citadelle, Liège, Belgique.

(3) Chef de Service associé, Service d'Anatomie pathologique, CHU UCL, Namur, Belgique.

(4) Médecin, Service de Médecine interne, Infectiologie, CHR de la Citadelle, Liège, Belgique.

(5) Radiologue, Imagerie diagnostique et interventionnelle abdominale, CHR de la Citadelle Liège, Belgique.

Figure 1. Splénomégalie évaluée à 14 cm.

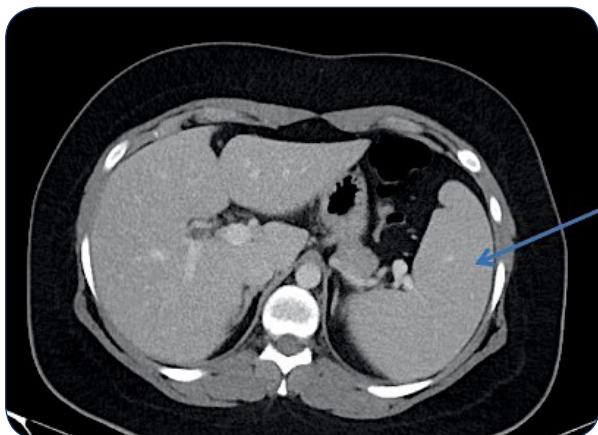


Figure 3. Coloration HE (hématoxyline éosine) au grossissement x 40; une cellule endothéliale (entre les glandes) comporte une inclusion virale.

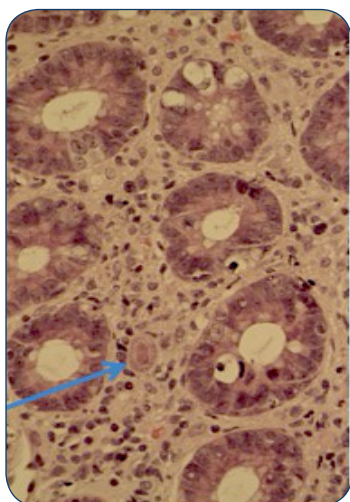


Figure 2. Epaissement sigmoïdien et rectal aspécifiques et présence d'adénopathies dans le méso-rectum.

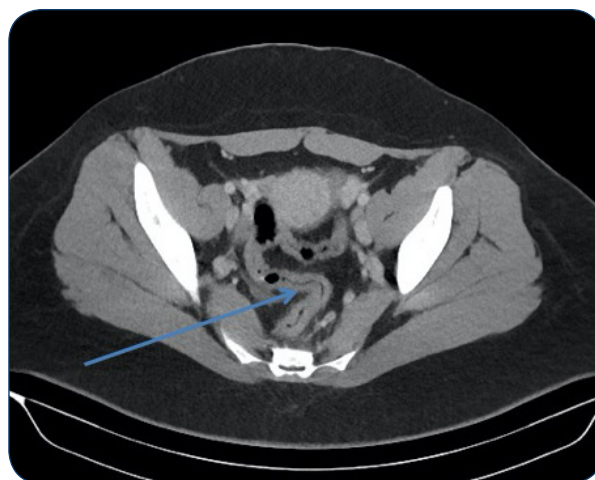
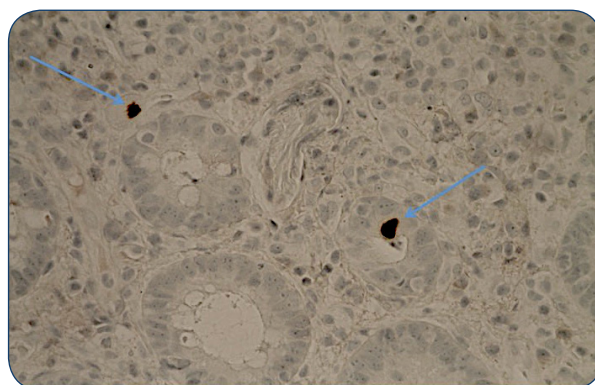


Figure 4. Coloration immuno-histochimique : CMV early nuclear antigen, au grossissement x 40; 2 noyaux sont positifs colorés en brun.



néurations glairo-sanglantes à deux reprises. Il s'y associe un pic fébrile au domicile à 38°C. Au niveau des antécédents médicaux, on note une hypertension artérielle et une hyperlipémie. Sur le plan chirurgical, il a bénéficié d'une cure de hernie discale en 1983. Il n'a jamais bénéficié d'exploration gastro-entérologique.

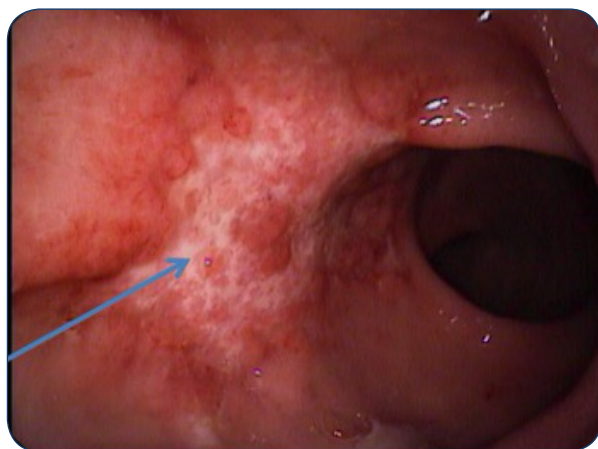
A l'examen clinique, on retrouve une fièvre à 37,7°C, une légère sensibilité abdominale diffuse. Le toucher rectal ne révèle pas de fécalome.

Un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste montre un épaissement pariétal rectal, sans signe d'atteinte loco-régionale satellite, compatible avec une rectite mais également avec une lésion primitive expansive.

La biologie réalisée montre une leucopénie à 3.830/mm³, avec une neutropénie à 1.480/mm³ en valeur absolue. Les plaquettes sont dans les normes, de même que la fonction rénale. Il n'existe pas de syndrome inflammatoire. Les tests hépatiques sont normaux. Les sérologies IgM CMV sont positives (2+) en faveur d'une infection récente. Les sérologies sont négatives pour la syphilis.

La recto-sigmoïdoscopie démontre un ulcère rectal correspondant à une vaste plage déprimée, ulcérée, entourée de nodules de granulations rougeâtres à bords nets (Figure 5). Les biopsies réalisées au niveau de la zone rectale ulcérée n'ont pas démontré de cellules néoplasiques. Les analyses confirment une rectite ulcérée subaiguë, compatible avec un ulcère évolutif.

Figure 5. Ulcère rectal.



Après anamnèse complémentaire, on retiendra une relation homosexuelle récente non protégée. Le patient bénéficiera d'un examen de dépistage urologique rassurant. L'évolution sera tout à fait favorable sous traitement conservateur.

DISCUSSION

GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LE CMV

Le CMV est un virus à ADN de la famille des *Herpes viridae*. Il peut être présent dans les urines, le sang, la salive, les expectorations, le lait maternel, la glaire cervicale, les larmes et le sperme. La transmission peut se faire selon plusieurs voies : exposition sexuelle, contact étroit, contact sanguin, exposition tissulaire ou exposition périnatale. Le pic d'infection est bimodal : le premier pic concerne l'enfance et le deuxième concerne l'adulte jeune.

La primo-infection est généralement asymptomatique, mais peut produire une symptomatologie équivalente à celle d'une mononucléose infectieuse incluant fièvre, myalgie, adénopathies cervicales et altération des tests hépatiques. Le virus peut, après une période de latence variable, se réactiver, particulièrement s'il existe un facteur d'immunodépression (1, 2).

TRANSMISSION SEXUELLE DU CMV

À côté des rectites liées aux maladies sexuellement transmissibles, habituellement décrites (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia*, syphilis

et herpès), le CMV n'est pas une cause habituelle de rectite. Cependant, des cas isolés de rectite à CMV sont décrits, dont certains sont associés à une primo-infection à CMV et des rapports anaux non protégés. La triade syndromique «mononucléose-like» (fièvre, fatigue, adénopathies), avec saignements rectaux peu de temps après un rapport anal non protégé, est très suggestive d'une rectite à CMV transmise par voie sexuelle (3). Chez un patient présentant une primo-infection à CMV, un taux de CMV élevé et persistant dans le sperme pendant 14 mois a été décrit (4). La plupart des symptômes débutent de quelques jours à deux semaines après le rapport anal (5). Un dépistage des autres MST doit toujours être réalisé.

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

La plupart des séries ne distinguent pas les localisations coliques des localisations rectales (6). Les manifestations cliniques des colites à CMV incluent malaise, anorexie, fièvre, nausées, diarrhée, douleurs abdominales, iléus, saignement gastro-intestinal et perforation (7). La diarrhée hémorragique est le principal symptôme rapporté chez le sujet immuno-compétent (6). Le côlon gauche serait le plus souvent atteint chez la personne immunocompétente, contrairement aux colites à CMV chez des patients VIH notamment, où le caecum est le plus souvent impliqué (8).

LÉSIONS ENDOSCOPIQUES

La présentation endoscopique peut être tout à fait variée : érythème muqueux, ulcération, lésion d'allure polypoïde, voire forme pseudotumorale, de même que des formes pseudomembraneuses. Des formes sténosantes ou fistulisantes sont également décrites (8, 9). L'atteinte peut être segmentaire, multifocale ou diffuse (6).

LÉSIONS HISTOLOGIQUES

Les cellules typiquement infectées par le CMV augmentent de taille et contiennent des inclusions nucléaires entourées d'un halo clair qui leur donnent l'apparence d'un œil de hibou (1). Si l'inclusion virale occupe une cellule endothéliale, il peut se produire une occlusion capillaire, entraînant thrombose et ischémie (7). Le diagnostic histologique repose sur la mise en évidence des inclusions intra-nucléaires (1) et la détection d'antigènes viraux par immuno-histochimie via des anticorps spécifiques.

BIOLOGIE

A côté de la sérologie virale classique, avec mise en évidence d'un taux accru d'IgM anti-CMV, une recherche d'ADN viral par PCR peut être réalisée (6).

DIAGNOSTIC FINAL

Le diagnostic repose donc sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, endoscopiques et histologiques (6).

TRAITEMENT

La colite à CMV chez la personne immunocompétente est généralement limitée et un traitement supportif seul est suffisant, en général. Par contre, chez les patients immunodéprimés, l'absence de traitement est associée à un taux de mortalité élevé. Un traitement anti-viral spécifique par Cymevene® ou Foscavir® doit être instauré (10).

CONCLUSION

L'infection digestive à CMV n'est donc pas exclusive des patients présentant des facteurs d'immunodépression sous-jacents. Le pronostic de l'affection est favorable chez le sujet immunocompétent. La triade syndromique «mononucléose-like», avec saignements rectaux peu de temps après un rapport anal non protégé, est très suggestive d'une rectite à CMV transmis par voie sexuelle (3). Une exploration endoscopique doit être programmée pour réaliser le bilan des lésions anatomiques et confirmer le diagnostic histologique. La recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles doit être associée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nakase H, Herfarth H.— Cytomegalovirus colitis, cytomegalovirus hepatitis and systemic cytomegalovirus infection : common features and differences. *Inflamm Intest Dis*, 2016, **1**, 15-23.
2. Galiatsatos P, Shrier I, Lamoureux E, et al.— Meta-analysis of outcome of cytomegalovirus colitis in immunocompetent hosts. *Dig Dis Sci*, 2005, **50**, 609-616.
3. Maatouk I, Moutran R, Josiane H.— Cytomegalovirus proctitis : a rare sexually transmitted disease, *J Sex Med*, 2014, **11**, 1092-1095.
4. Lang DJ, Kummer JF, Hartley DP.— Cytomegalovirus in semen : Persistence and demonstration in extracellular fluids. *N Engl J Med*, 1974, **291**, 121-123.
5. Studemeister A.— Cytomegalovirus proctitis: a rare and disregarded sexually transmitted disease. *Sex Transm Dis*, 2011, **38**, 876-878.
6. Macaigne G, Auriault ML, Boivin JF, et al.— Rectite aigue pseudo-tumorale à cytomegalovirus (CMV) chez l'adulte sans cause apparente d'immunodépression. *Gastroenterol Clin Biol*, 2004, **28**, 73-76.
7. Alam I, Shanoon D, Alhamdani A, et al.— Severe proctitis, perforation, and fatal rectal bleeding secondary to cytomegalovirus in an immunocompetent patient : report of a case. *Surg Today*, 2007, **37**, 66-69.
8. Siegal D, Hamid N, Cunha B, et al.— Cytomegalovirus colitis mimicking ischemic colitis in an immunocompetent host. *Heart Lung*, 2005, **34**, 291-294.
9. Ng FH, Chau T-N, Cheung TC, et al.— Cytomegalovirus colitis in individuals without apparent cause of immunodeficiency. *Dig Dis Sci*, 1999, **44**, 945-952.
10. Ahmed A.— Antiviral treatment of cytomegalovirus infection. *Infect Disord Drug Targets*, 2011, **11**, 475-503.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr J. Deflandre, Service de Gastro-Entérologie, CHR de la Citadelle, 4000 Liège, Belgique.
Email : jacques.deflandre@chrcitadelle.be