

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie

Un nouveau cas d'actinomyose pelvienne infiltrante

Rajaonarison JJC^{*1}, Randriambololona DMA², Ranoharison HD³, Bohec C¹, Randaoharison PG⁴



¹ Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Pau, France

² Service de Gynécologie Obstétrique, HUGOB, CHU Antananarivo, Madagascar

³ Service d'Imagerie, HUIJA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

⁴ Complexe Mère Enfant, CHU de Mahajanga, Madagascar

Résumé

L'actinomyose pelvienne est rare. Cette localisation est de diagnostic difficile et expose la patiente à un risque de morbidité importante voire de mortalité secondaire à des chirurgies mutilantes. Nous rapportons un cas d'actinomyose pelvienne infiltrante diagnostiqué lors d'un frottis cervico-vaginal réalisé dans un contexte de masse pelvienne douloureuse chez une femme de 57 ans porteuse d'un dispositif intra-utérin depuis 15 ans. Notre objectif est d'analyser les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Mots-clés: Actinomyose; Diagnostic; pelvis; Traitement

Abstract

Titre en anglais: A new case of infiltrating pelvis actinomycosis

Actinomycosis of the pelvis is uncommon. This location is difficult to diagnose and exposes the patient to the risk of significant morbidity or mortality secondary to mutilating surgery. We report a case of an infiltrating pelvic actinomycosis diagnosed in 57 year-old woman carrying intrauterine device for 15 years. She had a painful pelvic mass and pap smear confirmed diagnosis. Our aim is to analyze diagnosis and treatment features of this disease.

Keywords: Actinomycosis; Diagnosis; Pelvis; Treatment

Introduction

L'actinomyose pelvienne est une localisation rare d'une infection chronique due à un bacille anaérobie Gram positif, *Actinomyces israelii* (*A. israelii*). Si en 2001, elle ne représentait que 5% de tous les cas d'actinomyose [1], sa prévalence semble augmenter avec l'augmentation de la contraception par dispositif intra-utérin (DIU) [2]. Cette pathologie est identifiée chez 8 à 20% des femmes porteuses de DIU [3]. Nous rapportons un cas d'actinomyose pelvienne infiltrante afin d'analyser les moyens diagnostiques et la prise en charge thérapeutique de cette pathologie.

Observation

Une dame de 57 ans, 3^{ème} geste, 3^{ème} pare, dont la date du dernier accouchement remonte à 1995, venait aux urgences adressée par son médecin traitant le 18 Aout 2010 pour une masse abdominale évoluant depuis 15 jours. Elle se plaignait depuis 3 jours de douleur abdominale diffuse, permanente mais modérée, accompagnée de diarrhées et d'un amaigrissement rapide chiffré à 5kg en une semaine. Elle portait un DIU en cuivre posé 15 ans auparavant. Elle n'avait pas d'antécédent particulier hormis une appendicectomie réalisée dans l'enfance. L'examen clinique aux urgences avait trouvé un état subfébrile à 38°C, une asthénie et un amaigrissement, un abdomen légèrement ballonné, douloureux spontanément et à la palpation mais sans défense ni masse anormale palpable. L'examen au spéculum retrouvait des leucorrhées purulentes sortant de l'endocol et le fil du DIU qui était en place. Le DIU était retiré et envoyé pour analyse microbiologique. Des prélèvements et frottis cervico-vaginaux étaient également réalisés pour analyses bactériologique et anatomo-

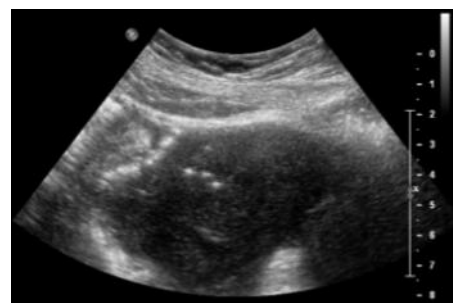


Fig. 1: Echographie pelvienne, coupe transversale: image d'abcès pelvien

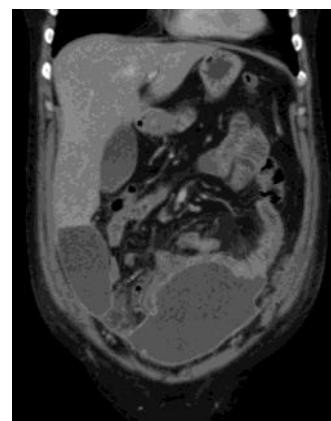


Fig. 2: Scanner abdomino-pelvien, coupe coronale: nombreux abcès pelviens

cytopathologique. Le bilan sanguin montrait une hyperleucocytose à 18G/l, une CRP à 225mg/l et une stéatose hépatique avec GGT à 118UI/l. Le scanner et l'échographie abdomino-pelviens montraient des collections d'abcès dans la grande cavité péritonéale, prédominant au niveau pelvien et envahissant les organes (Figures 1 et 2).

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: drjoserajaonarison@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Pau, France

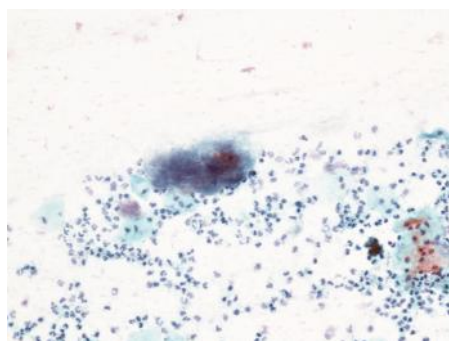


Fig. 3: Frottis cervical: gros grain d'actinomycose

La patiente était mise sous antibiothérapie présomptive en attendant les résultats bactériologiques (Penicilline G 20 millions d'UI par jour en perfusion). Une ponction échoguidée transabdominale avait permis de prélever du pus franc dont l'analyse bactériologique mettait en évidence plusieurs germes (*Echerichia coli*, *Streptococcus milleri*, *Bacteroides fragilis*) dont certains étaient retrouvés au prélèvement vaginal, sensibles à l'amoxicilline acide clavulanique et à l'ofloxacine; tandis que l'examen anatomo-cytopathologique des FCV avait permis de poser le diagnostic d'actinomycose en montrant de nombreux grains d'actinomycose (Figure 3). La patiente avait alors été mise sous biantibiothérapie intraveineuse associant amoxicilline acide clavulanique 1g, trois fois par jour et ofloxacine 200mg, deux fois par jour. L'évolution était marquée par l'apparition de pics thermiques vespéraux après une semaine et une fistulisation à la peau après deux semaines. Devant ce tableau, la possibilité d'une tuberculose ou d'une pathologie carcinologique péritonéale associée était évoquée; mais la recherche d'interféron γ était négatif et le CA125 peu élevé (80UI/ml). Le même traitement était alors poursuivi pour une durée totale de trois semaines avec des soins locaux. La patiente était par la suite devenue apyrétique, la CRP était redescendue à 2,6mg/l et le scanner montrait une nette amélioration des lésions. La patiente était sortie de l'hôpital au bout de 28 jours d'hospitalisation avec une amélioration notable de l'état général, sous amoxicilline acide clavulanique seul 1g trois fois par jour par voie orale, pour une durée totale de 6 mois. Une surveillance en ambulatoire (clinique et CRP) hebdomadaire au début puis bimensuelle par la suite était organisée en s'assurant notamment d'une bonne observance thérapeutique. L'antibiothérapie était arrêtée cinq mois après la sortie. La CRP était devenue négative et le CA125 normal à 19,6UI/ml. Il n'y avait pas de récurrence après un an de recul.

Discussion

A israelii est un bacille Gram positif de 4,5 x 0,8 μ m, anaérobie strict, non acido-résistant (Ziehl négatif), argento-ophile (Groccot positif), asporulé et immobile [4]. Il est saprophyte des cavités naturelles oro-pharyngées et digestives, commensal occasionnel de la flore vaginale [5] et a plutôt une prédilection pour les régions cervicofaciales et thoraciques [6,7]. Ainsi, le pelvis et le tractus urogénital sont rarement touchés [8]. Il devient pathogène en cas d'effraction de la muqueuse utérine, conséquence du port au long cours d'un DIU, du traumatisme lors de la pose ou

lors du retrait du stérilet [7]. D'autres voies d'infections sont décrites dans la littérature telle qu'une infection par contiguïté après perforation d'un appendice ou d'une sigmoïdite diverticulaire; de même, toute intervention chirurgicale pelvienne ou traumatisme pelvien peut se compliquer d'une actinomycose pelvienne [5]. Une fois la barrière muqueuse franchie, la dissémination de l'infection se fait le plus souvent par contiguïté et plus rarement par voie hématogène ou lymphatique [5]. Cette dissémination a la particularité de ne pas respecter les barrières anatomiques tel que le diaphragme ou la capsule du foie [9]. Le tableau clinique de cette affection est non spécifique avec notamment des douleurs abdomino-pelviennes, une fièvre persistante et une perte de poids. D'autres aspects peuvent également être observés: masse fistulisée à la peau et laissant sourdre un liquide louche ou purulent contenant des grains jaunes très caractéristiques de l'actinomycose [10], abcès tubo-ovarien uni ou bilatéral, pelvi-péritonite voire péritonite généralisée de pronostic grave [11]. Un syndrome inflammatoire biologique est constant et marqué [11]. La bactériologie est limitée par les propriétés de ce germe (anaérobie strict, grande exigence en culture, croissance très lente, et association fréquente à d'autres bactéries) [11]. Il est mieux de réaliser la culture en présence de métronidazole car sa positivité peut atteindre jusqu'à 86% [6]. Certains marqueurs tumoraux peuvent avoir des valeurs élevées notamment le CA 125. Les examens d'imagerie permettent de réaliser le bilan des lésions et de leur extension même si les images sont non spécifiques. Le diagnostic est surtout histologique sur des prélèvements intrapéritonéaux écho ou scanno-guidés, sur un frottis cervical [6] ou également sur un prélèvement en per-opératoire [12]. *A israelii* est typiquement filamenteux et ramifié, réalisant un aspect classique «en arbre mort». Le vrai grain actinomycosique ou «grain de soufre» signe le caractère invasif de l'infection. Dans notre cas, cet image typique de grain actinomycosique était retrouvé lors de l'examen des frottis cervico-vaginaux réalisés aux urgences. Le traitement est surtout médical et repose sur une antibiothérapie prolongée active sur *A israelii* et les autres germes responsables de la co-infection. Dès que le diagnostic est évoqué, l'antibiothérapie est administrée par voie intraveineuse à forte dose associant quotidiennement amoxicilline acide clavulanique 3g, Metronidazole 1,5g et éventuellement des aminosides type gentamycine 160mg [12,13] pendant quatre à six semaines [3] relayé per os par amoxicilline 3g par jour pendant 6 à 12 mois [4]. Dans la littérature, la durée moyenne de l'antibiothérapie est de quatre à cinq mois [12]. En cas d'allergie à la pénicilline, les cyclines, les macrolides, la vancomycine, le chloramphénicol ou encore la rifampicine sont également actives [13]. En période initiale, la chirurgie n'a d'indication que pour le drainage des abcès afin de faciliter la diffusion des antibiotiques ou la levée d'un obstacle urinaire ou digestif. Elle doit être la plus conservatrice possible. Si le diagnostic n'est pas posé en préopératoire, l'examen extemporané des prélèvements permet de limiter les gestes chirurgicaux lourds qui sont souvent sujettes à des complications graves pouvant être mortelles [14]. Lorsque la chirurgie a été indiquée et satisfaisante, deux mois d'antibiothérapie sont suffisants, sans risque de rechute [15]. En cas d'antibio-

thérapie exclusive, l'indication chirurgicale devrait être régulièrement réévaluée par l'imagerie [16].

Conclusion

L'actinomycose pelvienne est rare mais grave. Elle doit être évoquée devant une douleur pelvienne associée à un tableau infectieux chronique chez une porteuse de DIU. L'examen anatomo-cytopathologique des prélèvements réalisés en préopératoire, ou des frottis cervico-vaginaux, permet de poser le diagnostic et de limiter les interventions chirurgicales lourdes souvent responsables de complications graves. L'antibiothérapie prolongée est le traitement de référence et l'indication chirurgicale doit être réévaluée dans les premières semaines du traitement.

Références

- 1- Bittar I, Cohen Solal JL, Cabanis P. L'actinomycose abdomino-pelvienne. *Ann chir* 2001; 126: 494-6.
- 2- Westhoff C. IUDs and colonization on infection with actinomycetes. *Contraception* 2007; 75: 548-50.
- 3- Kayikcioglu F, Akgul MA, Haberal A, Faruk Demir O. Actinomycoses infection in female genital tract. *Aur J Gynecol Reprod Biol* 2005; 118: 77-80.
- 4- Bernet C, De Brabant F, Gonzalez M, Jung B, Millet O. Actinomycose pelvienne un tableau trompeur. *Ann Fr Anest Rea* 2010; 29: 50-2.
- 5- Sinzelle E, Alexandre I, Aziza G, Couzigou C, Bellin MF. Un cas d'actinomycose pelvienne: aspect scannographique et en imagerie par résonance magnétique. *J Radiol* 2009; 90: 1859-61.
- 6- Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and actinomycetes detection on cervical smear. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 142-9.
- 7- Bedoui R, Nouria R, Zribi R, Guesmi FR, Ben Achour J, Daghfous M, et al. Actinomycose abdominopelvienne à propos d'un cas. *Tunis Med* 2002; 80: 645-9.
- 8- Sedbon E, Zerbib M, Louvel A. Actinomycose pelvienne associée à un dispositif intra-utérin DIU : à propos d'une observation. *J Chir* 1987; 124: 561-2.
- 9- Lee IJ, Ha HK, Park CM, Kim JK, Kim JH, Kim TK, et al. Abdominopelvic actinomycosis involving the gastro-intestinal tract: CT features. *Radiology* 2001; 220: 76-80.
- 10- Postal A, Detry O, Louis E, Hardy N, Belaïche J, Jacquet N. Ileocaecal actinomycosis: report of a case simulating complicated inflammatory bowel disease. *Acta Gastroenterol Belg* 2001; 64: 318-20.
- 11- Reyat F, Grynberg H, Sibony O, Molinié V, Galéazzi G, Barge J, et al. Actinomycose pelvienne. *Presse Med* 1999; 28: 2113-6.
- 12- Marlet H, Wagner N, Ouldamer L, Jacquet A, Body G. Actinomycose pelvienne: est-ce prévisible? *Gynécob Obstet Fertil* 2010; 38: 307-12.
- 13- Smith AJ, Hall V, Thakker B, Gemmell CG. Antimicrobial susceptibility testing of Actinomycetes species with 12 antimicrobial agents. *J Antimicrob Chemother* 2005; 56: 407-9.
- 14- Hager W, Majmudar B. Pelvic actinomycosis in women using intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 60-3.
- 15- Sergeant F, Marpeau L. Abdominopelvic actinomycosis: a tumoral syndrome due to bacterial infection. *J Chir* 2004; 141: 150-6.
- 16- Bazot M, Davenne C, Benzakine Y, Boudghene F, Bigot JM. Actinomycotic tuboovarian abscess. Contribution of pelvic angioscanner. *J Radiol* 1997; 78: 513-6.