

L'ACTINOMYCOSE : UNE CAUSE RARE D'ABCÈS TUBO-OVARIEN.

ACTINOMYCOSIS : A RARE CAUSE OF TUBO-OVARIAN ABSCESS.

M. Abid¹, M.f. Frikha¹, A. Trabelsi²,
L. Ayadi², R. Mzali¹, M. Ben amar¹,
M. I. Beyrouti¹.

1- Service de chirurgie générale. EPS Habib Bourguiba. Sfax - Tunisie.

2- Laboratoire d'anatomopathologie. EPS Habib Bourguiba. Sfax - Tunisie.

Correspondance :

Dr. Mohamed Abid
Service de chirurgie générale.
EPS Habib Bourguiba. 3029 Sfax
Tunisie.
E-mail : abid_med_chu@yahoo.fr

Résumé :

Introduction : L'actinomycose tubo-ovarienne est une affection suppurative rare due à un bacille anaérobie à Gram positif, *Actinomyces*. La forme abcédée est rare.

Observations : Nous rapportons deux cas d'actinomycose tubo-ovarienne, survenant chez deux femmes porteuses d'un diapositif intra-utérin ancien, révélés par une masse pelvienne et diagnostiqués au décours d'une intervention chirurgicale pour un abcès pelvien dans les deux cas. L'étude histologique des pièces d'exérèse avait permis de redresser le diagnostic et un traitement à base d'antibiothérapie a été démarré avec une évolution bonne.

Conclusion : L'abcès tubo-ovarien actinomycosique est une affection rare, souvent méconnue. Il doit être évoqué devant toute femme porteuse d'un DIU ancien présentant une masse pelvienne, un syndrome inflammatoire et une altération de l'état général. Le traitement reste avant tout médical.

Mots clés : Actinomycose, Abcès, Pelvis, Diapositif intra-utérin, Traitement

Abstract:

Introduction : The tubo-ovarian actinomycosis is a rare suppurative affection due to an anaerobic positive Gram bacillus: *Actinomyces*. The suppurated form, often misleading, is rare.

Observation : We report two cases of tubo-ovarian actinomycosis, occurring among two women carrying an intrauterine device and revealed by a pelvic mass. The intraoperative exploration showed pelvic abscess in both cases. The diagnosis was confirmed by histopathological examination and patients were treated by antibiotic with complete regression.

Conclusion : The tubo-ovarian actinomycosis abscess is a rare affection, often ignored. It must be suspected in front of any woman carrying an old intrauterine device presenting a pelvic mass, an inflammatory syndrome and a deterioration of the general state. The treatment remains always medical.

Key words: Actinomycosis, Abscess, Pelvis, Intrauterine device, Treatment.

INTRODUCTION

L'actinomyose pelvienne est une affection rare due à une bactérie anaérobie, *Actinomyces*. Depuis l'avènement du dispositif intra-utérin (DIU), la fréquence de cette affection ne cesse d'augmenter [1]. L'atteinte pelvienne représente 5% de toutes les localisations et elle est responsable d'une symptomatologie non spécifique et même parfois trompeuse [2]. Dans sa forme pseudo-tumorale, le diagnostic est souvent histologique, rarement fait en préopératoire [3,4]. Nous rapportons deux observations d'abcès tubo-ovarien actinomycosique survenant chez deux femmes, porteuses d'un DIU ancien et dont le diagnostic n'a été retenu que sur l'étude histologique des pièces d'exérèse chirurgicale. Notre objectif est de décrire les difficultés diagnostiques et les possibilités thérapeutiques de cette affection rare.

Première observation :

Une femme âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, hormis un DIU en place depuis 4 ans, non surveillé et retiré une semaine auparavant, était hospitalisée pour des douleurs de la fosse iliaque gauche intermittentes avec une fièvre et une perte de poids de 10kg en 3 mois. L'examen avait trouvé une patiente fébrile à 38,5°C avec la présence d'une masse ferme douloureuse de la fosse iliaque gauche faisant 5 cm de diamètre fixe au plan profond. Les aires ganglionnaires sont libres. Les touchers pelviens étaient normaux. La biologie montrait une hyperleucocytose à 14800 éléments blancs/mm³ avec un syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation à 85 mm à la première heure et protéine C réactive à 45 mg/ml). L'échographie abdomino-pelvienne avait montré une masse latéro-utérine gauche d'échostructure hétérogène multilobulée à contenu échogène de 6,2 x 5,6 cm. La tomodynamométrie abdominale avait montré une formation latéro-utérine gauche de densité liquidienne à paroi épaissie, contenant des cloisons qui se rehaussent après injection de produit de contraste, infiltrant le colon sigmoïde (figures 1 et 2), avec la présence de multiples adénopathies lombo-aortiques et de la chaîne iliaque externe gauche. L'exploration chirurgicale avait trouvé des adhérences entre l'utérus, l'annexe gauche et le colon sigmoïde



Figure 1 : Une coupe de scanner pelvien sans injection de produit de contraste montrant une masse latéro-utérine gauche de densité hétérogène contenant des plages liquidienne.(flèche)

Figure 1 : A cup of pelvic CT without injection of contrast medium showing a mass left latero-uterine heterogeneous density containing fluid beaches. (arrow)



Figure 2 : Une coupe de tomodynamométrie pelvienne après injection de produit de contraste montrant une masse hypodense qui se rehausse en périphérie et infiltre le colon sigmoïde. (flèche)

Figure 2 : A cup of pelvic CT after injection of contrast showing a hypodense mass that is enhanced in the periphery and infiltrating the sigmoid colon. (arrow)

secondaire à une collection purulente tubo-ovarienne. Il a été réalisée une annexectomie gauche.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire avait objectivé de multiples formations abcédées de taille variable parfois confluentes centrées par des grains d'actinomycètes basophiles avec des filaments radiaires périphériques évoquant le diagnostic d'abcès tubo-ovarien actinomycosique. La malade a reçu un traitement à base de pénicilline G à la dose de 20.000.000UI/jour pendant deux semaines relayée par de l'amoxicilline à raison de 3 grammes par jours durant 3 mois. L'évolution était marquée par l'amélioration clinique, la normalisation du bilan inflammatoire avec un contrôle échographique sans récurrence après un recul de un an.

Deuxième observation :

Patiente J.B âgée de 41 ans, porteuse d'un dispositif intra-utérin depuis 9 ans, était admise pour des douleurs pelviennes associées à une fièvre intermittente évoluant depuis deux mois. L'examen physique avait trouvé une malade fébrile à 39,3°C et une sensibilité de la région hypogastrique à la palpation. Le toucher vaginal avait trouvé une masse latéro-utérine douloureuse sans perte vaginale. L'examen biologique avait montré une hyperleucocytose à 16 000 éléments/mm³ avec un syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation à 100 mm à la première heure et protéine C réactive à 64 mg/ml). L'échographie pelvienne avait montré un ovaire droit augmenté de taille, d'échostructure hétérogène faisant 8 cm de diamètre contenant des formations anéchogènes infiltrant en avant la vessie et en arrière le rectum. Le diagnostic d'un abcès tubo-ovarien a été évoqué. L'exploration chirurgicale avait trouvé une masse pelvienne abcédée de 13 cm de diamètre englobant l'annexe droite qui devient mal identifiable avec des adhérences à l'épiploon, au grêle et à la face antérieure du rectum. Il a été réalisée une annexectomie droite. L'examen macroscopique de la pièce opératoire avait montré un infiltrat de polynucléaires altérés, centré de touffes de filaments courts réalisant l'image typique en grain de soufre évoquant une actinomyose tubo-ovarienne (figures 3 et 4). La recherche d'*Actinomyces* au niveau du prélèvement tumoral et sur le dispositif intra-utérin (retiré en peropératoire) était négative.

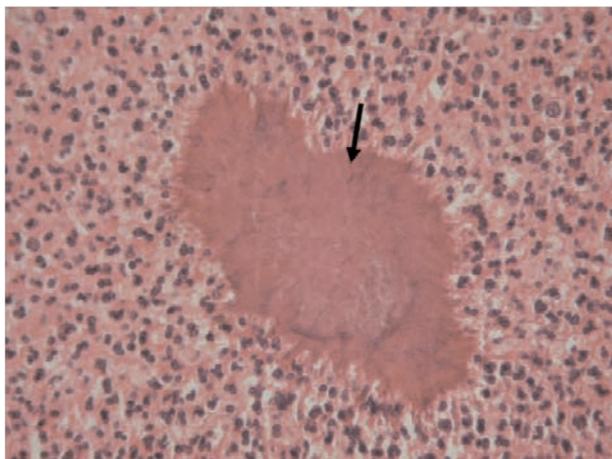


Figure 3 : Colonies caractéristiques d'actinomyces (↑) visibles au sein d'un exsudat purulent (coloration d'hématoxyline-éosine x 400).

Figure 3 : Colonial characteristics of actinomyces (↑) visible in a purulent exudate (hematoxylin staining and eosin x 400).

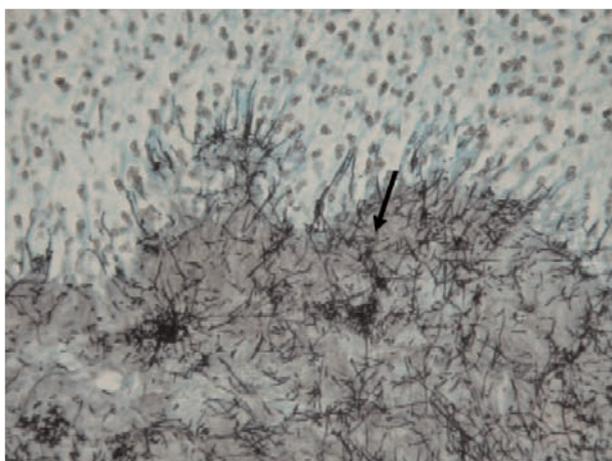


Figure 4 : Coloration de Grocott montrant une colonie actinomycosique (↑) entourée par un infiltrat inflammatoire purulent (Grocott x400).

Figure 4 : Grocott stain showing a colony actinomycotic (↑) surrounded by a purulent inflammatory infiltrate (Grocott x400).

Une antibiothérapie par pénicilline G (20 millions d'unités par jour par voie intraveineuse, pendant deux semaines) relayée ensuite par l'amoxicilline per os (3 g/jour pendant 3 mois) permettait une rémission de la symptomatologie infectieuse. Les suites opératoires étaient simples avec un contrôle clinique et échographique normal sans récurrence. La patiente était asymptomatique après un recul de 7 ans.

DISCUSSION

L'actinomycose pelvienne est une infection rare, chronique, suppurative et fibrosante provoquée par les Actinomyces [2]. Son incidence est en nette augmentation en rapport avec l'utilisation fréquente de DIU [2], en effet, l'Actinomyces est identifié chez 2 à 12 % des femmes porteuses de DIU [1]. L'utilisation prolongée au-delà d'une période de 2 ans des DIU, surtout s'ils contiennent du cuivre, augmente la concentration

d'*Actinomyces israelii* dans la cavité endométriale et favorise sa migration au niveau des trompes de Fallope et des ovaires [1,4]. La contamination se fait par voie ascendante avec une atteinte de proche en proche de l'endomètre puis des trompes, des ovaires et du pelvis [2, 4]. La bactérie peut être plus agressive, et envahir les organes de voisinage par contiguïté [3]. L'abcès tubo-ovarien est une forme rare de l'actinomycose pelvienne [3]. Pour nos deux malades, le DIU était porté depuis une longue période.

L'aspect d'un abcès tubo-ovarien est évident à l'imagerie moderne notamment l'échographie, le scanner abdominale et/ou l'imagerie par résonance magnétique [2, 3]. Parfois, l'actinomycose tubo-ovarienne peut prendre l'aspect d'une tumeur pelvienne simulant un cancer gynécologique [1, 4, 5]. La nature actinomycosique des abcès ne se fait que sur l'examen histologique et/ou bactériologique des pièces d'exérèse chirurgicale [1, 5]. L'échographie est peu spécifique en retrouvant des masses annexielles hétérogènes compatibles avec des formations tumorales ou abcédées [1, 4]. La TDM est évocatrice d'abcès tubo-ovarien en montrant des lésions annexielles hétérogènes à parois épaisses nettement rehaussées par l'injection intraveineuse de produits de contraste [2, 3]. L'absence de visualisation de vaisseaux artériels sur l'angioscanner pelvien avec une prise de contraste au temps veineux pourrait être un bon critère pour distinguer les abcès tubo-ovariens des cancers de l'ovaire [2, 3]. Chez nos deux malades, l'imagerie (échographie et le scanner abdominale) avait permis d'évoquer le diagnostic d'un abcès pelvien. L'IRM pelvienne, ici non réalisée, pourrait être une alternative diagnostique intéressante. En effet, le caractère abcédé de ces lésions pourrait être au mieux souligné par des séquences pondérées T1 après injection de Gadolinium [2].

Le diagnostic de certitude repose habituellement sur la présence des grains jaunes actinomycosiques reconnaissables macroscopiquement ou à l'examen histologique, qui montre un feutrage filamenteux de ramifications bactériennes à extrémités renflées en masse [1]. Ces structures filamenteuses à Gram positif, prennent également les colorations à l'hémateïne-éosine, de Giemsa et parfois de Ziehl et de Gomori-Grocott. Ces agents bactériens provoquent une réaction inflammatoire granulomateuse caractéristique, avec formation de pus et d'abcès, suivie par de la nécrose et par une réaction fibreuse extensive. Les parois des cavités ainsi formées sont épaisses, et relativement avasculaires. L'identification de ces micro-organismes à la culture permet de faire le diagnostic d'une manière formelle, mais des résultats faussement négatifs ont été fréquemment rapportés [1]. Pour nos observations, la nature actinomycosique des abcès était confirmée par l'étude histologique des pièces d'exérèse chirurgicale.

Morphologiquement, le diagnostic différentiel se pose avec les nocardioses, les mycetomes, les botriomycomes et les infections fongiques mais l'étude de la taille des grains, de leur morphologie et de leurs affinités tinctoriales permettent de redresser le diagnostic [5]. L'abcès tubo-ovarien d'origine actinomycosique pose le diagnostic différentiel avec la tuberculose et la xanthogranulomatose.

Actuellement, le traitement préconisé est à base de pénicilline G à fortes doses et au long cours à raison de 10 à 20 millions d'unités internationales par voie parentérale pendant 2 à 6 semaines, suivi de la voie orale à raison de 2 à 4 grammes d'amoxicilline par jour pendant 2 à 6 mois [1]. Le traitement médical précédé par l'exérèse chirurgicale avait permis la guérison chez nos deux malades.

Du fait de l'efficacité du traitement antibiotique, les indications

du traitement chirurgical se limitent à l'excision des tissus nécrosés, ou au drainage d'abcès [2]. Au traitement antibiotique, il faut toujours associer le traitement de la porte d'entrée, c'est-à-dire l'éradication d'un foyer bucco-dentaire ou l'ablation d'un DIU [2].

CONCLUSION

L'actinomycose tubo-ovarienne est une affection rare et grave dont la méconnaissance peut conduire à une chirurgie d'exérèse complexe et mutilante. Souvent le diagnostic est fait après la chirurgie. Cette pathologie doit être évoquée devant tout syndrome tumoral associé à un syndrome inflammatoire chez une porteuse de stérilet. L'antibiothérapie à base de pénicilline G constitue le traitement de choix. Le traitement chirurgical est indiqué en cas de doute diagnostique ou pour le drainage d'un abcès.

Références

- 1-Dogan NU, Salman MC, Gultekin M, Kucukali T, Ayhan A. Bilateral actinomycoses abscesses mimicking pelvic malignancy. Int J Gyn Obst 2006 ; 94 : 58-9.
- 2-Sun H K, Seung H K, Dal Mo Y, Kyeong A K. Unusual Causes of Tubo-ovarian Abscess: CT and MR Imaging Findings. Radio Graphics 2004 ; 24 : 1575-89.
- 3-Bazot M, Davenne C, Benzakine Y, Boudghène F, Bigot JM. Tubo-ovarite actinomycosique : Apport de l'angioscanner pelvien. J Radiol 1997 ; 78 : 513-6.
- 4-Leea L C, Laib T J, Huangc S C. Actinomycotic tubo-ovarian abscess mimicking advanced ovarian malignancy in a woman with tubal ligation. Int J Gyn Obst 2000 ; 68 : 157-8.
- 5-Vuong PN, Baumer R, Houissa VS, Brun JG. Actinomycotic abscesses simulating uterine adnexal tumors: three case reports. Méd Mal Infect 2001 ; 31 : 498-501.



SOUS LE PATRONAGE DE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

LA SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE

Organise son

XX^{ème} CONGRÈS NATIONAL

Du 22 au 24 Avril 2010, à l'hôtel Regency – Gammarth, avec les thèmes suivants :

- Le bon usage des antibiotiques : L'apport des nouvelles molécules
- Les infections virales neuroméningées
- Les parasitoses et les mycoses opportunistes

conférences d'actualités :

- le paludisme
- l'hépatite virale B chronique
- l'épidémie de la grippe A "H1N1" en Tunisie

Table Ronde :

La stratégie du bon usage des antibiotiques en Tunisie