

## ACTINOMYCOSE PELVIENNE : A PROPOS DE DEUX CAS PELVIC ACTINOMYCOSIS : A REPORT OF TWO CASES

H. Mnif<sup>1</sup>, S. Makni<sup>1</sup>, H. Khmiri<sup>2</sup>, A. Khabir<sup>1</sup>, L. Mnif<sup>1</sup>, S. Rekik<sup>2</sup>,  
T. Sellami Boudawara<sup>1</sup>.

*1-Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologique EPS Habib BOURGUIBA SFAX- TUNISIE*

*2-Service de gynécologie EPS Hédi CHAKER SFAX- TUNISIE*

### **Résumé :**

L'actinomycose est une maladie chronique suppurative granulomateuse due à un bacille gram positif : l'actinomyces Israëli. La localisation pelvienne de cette infection touche rarement le pelvis et le tractus uro-génital; son incidence est en augmentation depuis les années soixante en rapport avec l'utilisation fréquente d'un dispositif intra utérin (DIU). Nous rapportons deux cas d'actinomycose pelvienne qui étaient opérés l'une pour forte suspicion d'une tumeur ovarienne, la seconde en urgence dans un tableau de péritonite. Leur diagnostic était fait sur l'examen anatomopathologique des deux pièces d'ovariectomie. L'intérêt de notre travail est de dégager les particularités anatomocliniques de cette infection souvent méconnue et dont le traitement reste avant tout médical.

*Mots clés :* Actinomycose-pelvis-pseudotumeur

### **SUMMARY**

L'actinomycosis is a chronic suppurative granulomatous disease due to a gram positive bacillus: the actinomyces Israëli. The pelvis location of this infection is rare as well as the uro-genital tractus affection. Its incidence is increasing since 1960 related to the frequent use of intra uterine device (IDU). We report two cases of actinomycosis that were surgically treated the first for strong suspicion of ovarian tumor and the second in an emergency form of peritonitis. Diagnosis of both forms based on the anatomopathological exams of the two pieces of ovariectomy. The purpose of this study is to report the anatomo-clinical characteristics of this infection often unknown and of which the treatment remains essentially medical.

*Key words :* Actinomycosis-pelvis-pseudotumor

**INTRODUCTION :**

L'actinomycose pelvienne est une infection chronique rare due à un bacille anaérobie gram positif : l'actinomyces *Israelii*. Son incidence est en nette augmentation en rapport avec l'utilisation fréquente de DIU. Le tableau clinique est polymorphe ; il pose souvent un problème de diagnostic. Ce dernier est souvent difficile du fait de sa méconnaissance et de sa présentation simulant fréquemment un processus néoplasique pelvien. Nous rapportons deux cas d'actinomycose pelvienne de diagnostic histologique réalisé sur des pièces d'ovariectomie. Notre objectif à travers ces observations est de déterminer les particularités anatomocliniques et thérapeutiques de cette infection particulière.

**OBSERVATION N 1 :**

Mme H.S âgée de 41 ans, sans antécédent particulier, porteuse d'un DIU non contrôlé depuis 08 ans, était hospitalisée pour exploration d'une masse douloureuse de la fosse iliaque droite. L'examen abdominal montrait à ce niveau la présence d'une masse oblongue fixée au plan postérieur. L'examen gynécologique retrouvait un cul de sac latéro-utérin fixé et induré. Le bilan biologique révélait une anémie normochrome normocytaire à 9 g d'Hb/100ml, un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 11000 éléments/ml et une CRP à 33, les marqueurs tumoraux (CA125 et ACE) étaient normaux. L'échographie abdomino-pelvienne mettait en évidence la présence au niveau de la fosse iliaque droite d'une formation anéchogène de 6 cm de diamètre parcourue par de fines cloisons associée à une composante tissulaire bien vascularisée (fig.1). Un complément d'examen tomodensitométrique avait confirmé la présence de cette masse latéro-utérine droite de densité mixte kystique et tissulaire évoquant une tumeur maligne ovarienne (fig.2). En per-opératoire la masse latéro-utérine correspondait en fait à une agglutination de la dernière anse iléale à l'annexe droite avec engainement de l'appendice. Une annexectomie droite et une appendicectomie étaient réalisées. A l'examen macroscopique l'ovaire mesurait 3.5cm de diamètre, à surface congestive comportant à la coupe des remaniements nécrotiques. La trompe présentait une perforation de 0.5cm de diamètre. A l'examen histologique l'ovaire était le siège de larges foyers de suppuration contournés par une fibrose inflammatoire dense et centrés par un feutrage filamenteux éosinophile (fig.3) ; les

filaments étaient courts, non septés et positifs aux colorations de PAS et de Grocott (fig.4); la trompe et l'appendice étaient enflammés avec réaction péritonéale. Le diagnostic d'une actinomycose ovarienne était retenu. La patiente était mise sous Augmentin et Flagyl ; un relai par l'extencilline était indiqués. L'évolution était bonne après un recul de 06 mois.

**OBSERVATION 2 :**

Mme H.A âgée de 42 ans, sans antécédents pathologiques, porteuse d'un DIU depuis 04 ans, était hospitalisée en urgence pour pelvipéritonite avec choc septique. A l'examen clinique, il existait une défense abdominopelvienne diffuse. A la biologie, il existait un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose à 16000 éléments/ml. L'exploration chirurgicale montrait la présence d'un abcès du Douglas et d'un pyosalpinx bilatéral ; L'utérus ne présentait pas de lésions notables. Une annexectomie bilatérale était réalisée après lavage péritonéal. A la macroscopie les deux lumières tubaires étaient comblées de pus ; les deux ovaires mesuraient respectivement 5 et 3.5 cm de diamètre renfermant de nombreux foyers de suppuration. A l'examen histologique, ils étaient le siège d'une importante réaction inflammatoire incluant des foyers de suppuration à disposition vaguement nodulaire, centrés par un feutrage de filaments courts, ayant un aspect voisin de celui décrit dans la première observation. Le diagnostic retenu était celui d'une actinomycose tubo-ovarienne bilatérale. Les suites opératoires étaient favorables avec amélioration de l'état général et disparition du syndrome infectieux. La malade a quitté l'hôpital sous pénicilline G et depuis elle n'a pas reconsulté.

**DISCUSSION :**

L'actinomycose est une maladie chronique suppurative granulomateuse due à un bacille gram positif : l'actinomyces. L'actinomyces *Israelii* est l'espèce pathogène la plus incriminée dans l'actinomycose humaine [1]. Cette infection a une prédilection pour les régions cervico-faciales (50%) et thoraciques (15-35%) [1-2]. Le pelvis et le tractus uro-génital sont rarement touchés [2]. Certains auteurs pensent que l'actinomycose pelvienne est secondaire à une localisation infectieuse primitive digestive en particulier intestinale qui n'est cependant pas toujours retrouvée [1]. D'autres auteurs supposent que le

développement de cette affection résulte le plus souvent d'une infection génitale ascendante d'origine vaginale causée par l'actinomyces qui est considéré comme un commensal vaginal occasionnel [1]. Ce germe devient pathogène en cas d'effraction de la muqueuse utérine qui est conséquente au port d'un DIU au long cours, dépassant les 08 ans [3] ou secondaire à un traumatisme lors de la pose ou du retrait du stérilet [4]. L'âge moyen de diagnostic est de 37, ans avec des extrêmes de 20 à 77 ans [3]. Le tableau clinique est polymorphe et non spécifique il s'agit le plus souvent d'une douleur abdominale avec amaigrissement rapporté dans 44% des cas. Des pertes vaginales fétides sont rapportées dans 24% des cas [1-3-5]. Un syndrome inflammatoire biologique est souvent noté avec une anémie retrouvée dans 70% des cas [3]. L'imagerie ne montre pas de signes spécifiques ni évocateurs ; il s'agit le plus souvent d'une masse tumorale solide ou kystique à paroi épaisse évoquant fréquemment un processus néoplasique essentiellement ovarien [6]. Le diagnostic positif est bactériologique et/ou anatomopathologique [1]. Cependant le diagnostic bactériologique est difficile du fait de la sensibilité de l'actinomyces à l'oxygène, de la difficulté de sa culture et de son association fréquente à d'autres germes anaérobies; en effet son identification ne se fait que dans 50% des cas [6]. Seul l'examen anatomopathologique d'une biopsie ou d'une pièce opératoire affirme de façon spécifique en montrant la présence d'abcès constitués par des polynucléaires neutrophiles altérés entourés d'un infiltrat histiocytaire et d'une couronne périphérique fibroblastique. Ces foyers de suppuration sont centrés par une image histologique caractéristique dite en grain de souffre. Du centre de ses grains des filaments courts non septés s'échappent en rayon de roue et sont positives aux colorations de PAS et de Grocott [1] (comme ce qu'était retrouvé dans les pièces d'ovariectomie de nos deux patientes). L'évolution spontanée des masses pseudo-tumorales se fait vers l'abcédation avec risque de rupture, de fistulisation et de survenue d'une péritonite (c'était la présentation clinique de notre deuxième observation). Le diagnostic différentiel se pose avec les inflammations chroniques en particulier la tuberculose et avec les tumeurs malignes essentiellement ovariennes (comme pour l'observation n°1). Le traitement repose sur le drainage percutané ou chirurgical des collections abcédées couplés à une antibiothérapie à base de pénicilline G à dose quotidienne de 10 à 20 MU en

intra-veineux pendant 4 à 6 semaines, puis relais par voie orale (1M par jour) pendant 6 à 12 mois [7]. Dans certains cas où le diagnostic est tardif, le traitement chirurgical peut être mutilant. L'examen extemporané est utile, il permet de redresser le diagnostic évitant ainsi des exérèses larges et inutiles et peut se limiter au drainage des collections [7]. Le pronostic dépend de la précocité du traitement. Ainsi Anthony et al [3] insistent sur l'intérêt de la pratique de frottis cervico-vaginaux chez les femmes à risque porteuses de DIU ce qui permet de faire le diagnostic d'actinomyose à un stade précoce dans en moyenne 7% des cas [3-8] où le traitement est plus simple et les résultats sont meilleurs.

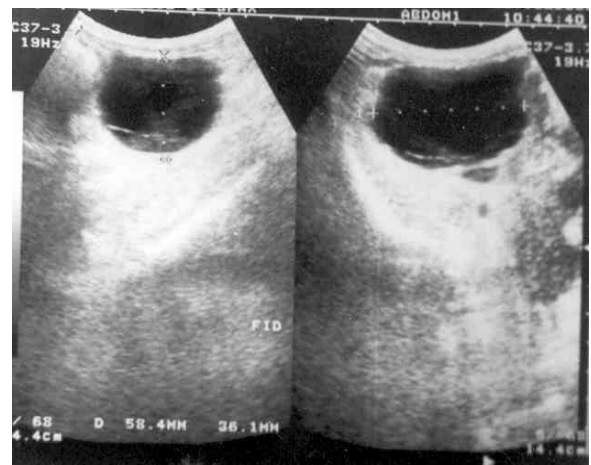


Fig.1- Echographie pelvienne : formation anéchogène de 6 cm de diamètre solidokystique.

Fig.1- Pelvic echography : solidocystic anechogenous mass of 6 cm diameter.



Fig.2- TDM : masse pelvienne latéro-utérine droite de densité mixte.

Fig.2- TDM : wright laterouterine pelvis mass showing a mixed density.

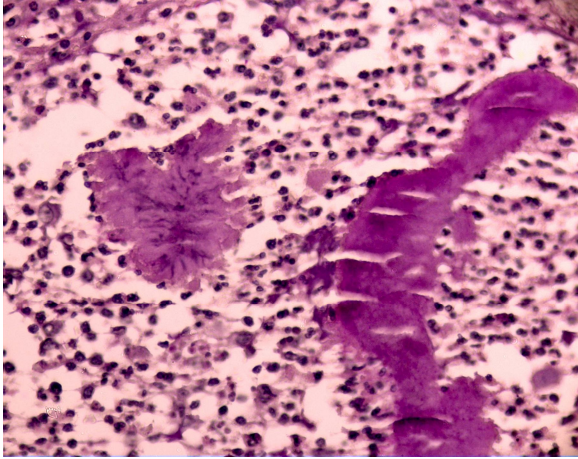
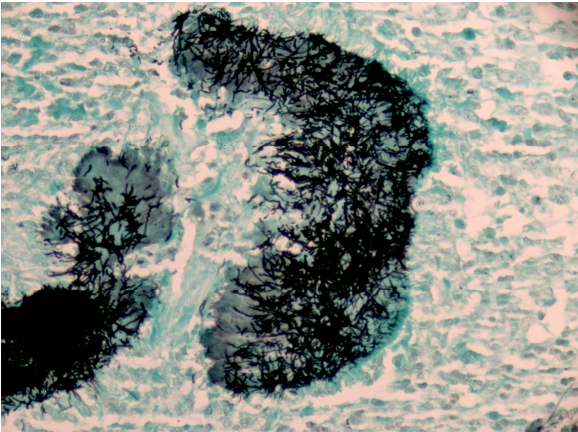


Fig.3- Foyer de suppuration centré de filaments courts non septés (HEx400).

Fig.3- Focyl of suppuration centrated by short filaments (HEx400).

Fig.4- Positivité à la coloration de Grocott (HEx400).

Fig.4- Positivity with Grocott coloration (HEx400).



#### Références :

- 1-Bedoui R, Nouira R, Zribi R, Guesmi F, Ben Achour J et al. Actinomycose abdomino-pelvienne : à propos d'un cas. La Tunisie médicale 2002 ; 80(10) : 645-649.
- 2-Sedbon E, Zerbib M, Louvel A. Actinomycose pelvienne associée à un dispositif intra-utérin DIU: à propos d'une observation. J Chir. 1987; 124(10) :561-562.
- 3-Anthony S, Fiorino PhD. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and actinomyces detection on cervical smear. Obstet Gynecol 1996;87(1): 142-149.
- 4-Hansen LK. Bilateral female pelvic actinomycosis. Acta Obstet Gynecol Scand 1989; 68: 189-190.
- 5-Reyal F, Grynberg H, Sibony O, Molinié V, Galeazzi G, Barge J, Engelmann P. Actinomycose pelvienne: un cas avec localisation secondaire hépatique. Presse Med 1999; 28: 2098-2099.
- 6-Hyun Kwon Ha, Hong Jae Lee, Hyun Kim Hee Jeong Ro, Young Ha Park, Soon Joo Cha, Kyung Sub Shinn. Abdominal Actinomycosis: CT Finding in 10 Patients. AJR 1993; 161: 791-794.
- 7-Garbin O, Hummel M, Camus E, Dellenbach P. Actinomycose pelvienne: intérêt du diagnostic pré-opératoire. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1994; 23: 395-401.
- 8-Jarvis D. Isolation and identification of actinomycetes from women using intrauterine contraceptive devices. J Infect 1985; 10: 121-125.