

## UNE ACTINOMYCOSE PSEUDO-TUMORALE TUBO-OVARIENNE A PROPOS D'UNE OBSERVATION MAROCAINE

Harmouch T, Znati K, Elfatemi H, Chbani L, Bennis S, Amarti A

Laboratoire d'anatomie pathologique. Hôpital Al-ghassani. CHU Hassan II.  
Dhar- elmehraz. FES (MAROC)

*Med Trop* 2008 ; 68 : 287-289

**RÉSUMÉ** • L'actinomycose tubo-ovarienne est une localisation rare de l'actinomycose, une cinquantaine de cas seulement ont été décrits dans la littérature mondiale depuis 1963. Cette forme est très trompeuse par son caractère pseudo tumoral. Nous présentons le cas d'une patiente âgée de 40 ans, porteuse d'un dispositif intra utérin (DIU), qui présentait des douleurs abdomino-pelviennes avec une défense au niveau de la fosse iliaque droite. L'échographie pelvienne avait objectivé une masse latéro-utérine. L'examen histologique de la pièce d'annexectomie avait permis de poser le diagnostic. Une revue générale de la littérature permet d'aborder les différents aspects anatomocliniques de cette affection et de confirmer l'importance de l'examen histopathologique dans le diagnostic.

**MOTS-CLÉS** • Actinomycose - Tubo-ovarienne - Pseudotumeur - Histologie.

.....  
**SOLID PSEUDOTUMORAL TUBO-OVARIAN ACTINOMYCOSIS. A CASE REPORT IN MOROCCO.**

**ABSTRACT** • Tubo-ovarian actinomycosis is a rare location for infection by actinomycetes. Only around 50 cases have been described in the world literature since 1963. Diagnosis can be difficult due to the highly misleading solid pseudotumoral appearance of this infection. The purpose of this report is to describe the case of a 40-year-old patient with an intrauterine device who presented abdomino-pelvic pain associated with guarding in the right iliac fossa. Pelvic ultrasound revealed an ovarian mass. Histological examination of the surgical specimen after annexectomy demonstrated tubo-ovarian actinomycosis. Based on this case involving a rare clinical form of the actinomycosis, we review the various clinical aspects of this infection and underline the importance of histology in achieving diagnosis. We also provide a general review of the literature.

**KEY WORDS** • Actinomycosis - tubo-ovarian - pseudotumor - histology.

L'actinomycose est une infection à bacille anaérobie gram positif pouvant se manifester par une maladie chronique suppurative granulomateuse (1). Le principal agent causal des actinomycoses chez l'homme est l'*Actinomyces israelii* et beaucoup plus rarement l'*Actinomyces meyeri* (2).

L'actinomycose atteint la région cervico-faciale dans 50% des cas, la région abdomino-pelvienne dans 20% et le thorax dans 15% des cas.

Le diagnostic précis pré-opératoire est généralement très difficile. Seul l'examen histologique permet de poser le diagnostic de certitude. Nous rapportons l'observation inhabituelle d'une actinomycose tubo-ovarienne chez une patiente de 40 ans, révélée par un syndrome tumoral.

A travers cette observation et les données de la littérature, les aspects anatomo-cliniques et évolutifs seront discutés.

### OBSERVATION

Une femme de 40 ans, mère de deux enfants présentait des antécédents de fausses couches à répétition et d'in-

fections génitales non traitées. Elle portait un DIU comme moyen de contraception depuis 8 ans. Elle avait consulté en septembre 2006 pour des douleurs pelviennes accompagnées de leucorrhées blanchâtres, des troubles du transit à type de constipation. L'ensemble évoluait dans un contexte fébrile avec altération de l'état général.

L'examen clinique avait retrouvé une défense de la fosse iliaque droite, avec une sensibilité pelvienne au toucher vaginal.

L'échographie pelvienne avait objectivé une masse tissulaire latéro-utérine droite sans individualisation de l'ovaire homolatéral faisant suspecter une origine ovarienne de la masse. Cet examen avait retrouvé également une ascite cloisonnée.

Une annexectomie droite a été réalisée, et complétée par une appendicectomie en raison de la découverte en opératoire d'un appendice perforé recouvert de fausses membranes.

Les pièces d'annexectomie droite et d'appendicectomie étaient soumises à un examen anatomopathologique. Macroscopiquement la pièce d'annexectomie droite mesurait 6,5x5x1, 5 cm. et montrait à la coupe un aspect nodulaire avec des remaniements nécrotiques (Fig. 1). La trompe mesurait 5,5x5x1cm. La pièce d'appendicectomie mesurait 3x2cm, elle était recouverte de fausses membranes.

• Correspondance : taoufhar@yahoo.fr

• Article reçu le 28/11/2006, définitivement accepté le 14/05/2008.

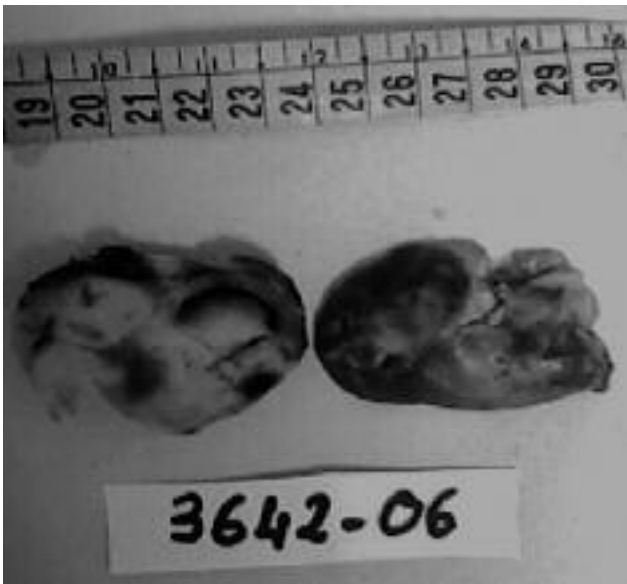


Figure 1. Annexectomie droite : aspect tumoral avec remaniements nécrotique.

L'examen histologique de la pièce d'annexectomie avait retrouvé, un ovaire massivement remanié par un processus inflammatoire suppuré, centré par des abcès faits de polynucléaires altérés entourant des amas bactériens basophiles et filamenteux (Fig.2). Les différentes tuniques tubaires étaient dissociées par le même processus inflammatoire. Une coloration spéciale au PAS (periodic acid schiff) avait mise en évidence des colonies d'actinomycètes (Fig. 2). Le diagnostic retenu était celui d'une actinomycose tubo-ovarienne sans recourir à d'autres colorations spéciales.

## DISCUSSION

Les actinomycètes peuvent donner des infections bactériennes chroniques suppurées dans toutes les structures anatomiques. Ils appartiennent à la flore commensale des surfaces muqueuses, celle de la cavité buccale en particulier. Ces infections sont presque toujours d'origine endogène. Autrefois commune chez l'homme et dans le bétail, cette infection est devenue rare.

La majorité des infections sont osseuses et cervico-faciales. On retrouve souvent à l'origine un traumatisme

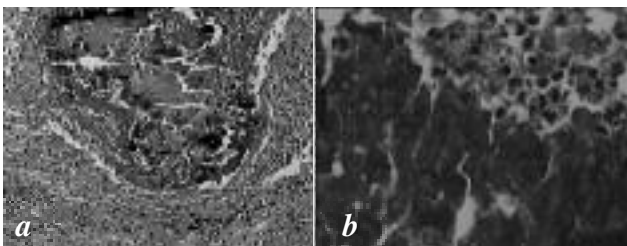


Figure 2. Volumineux grain actinomycosique : a (HEx100), b (PAS).

pénétrant ou une contusion. L'éthylisme, un mauvais état bucco-dentaire y prédisposent (3-5).

Cette bactérie appartient au genre actinomyces. C'est une bactérie Gram positive, filamenteuse, non-sporulante; elle se développe en atmosphère micro aéroophile, facultativement anaérobie ou strictement anaérobie (5). L'actinomycose a une distribution géographique très large avec une fréquence égale chez les populations rurale et urbaine. Son incidence est estimée entre 1/19000 et 1/400000. La localisation abdomino-pelvienne reste relativement rare. Elle représente 20% de toutes les localisations. Son incidence a manifestement augmentée ces dernières années depuis l'utilisation accrue des dispositifs intra-utérins (6). Elle est représentée essentiellement par la localisation utérine. La forme tubo-ovarienne est encore plus rare. Une cinquantaine de cas sont rapportés dans la littérature. En effet, les Actinomyces sont considérés comme des germes commensaux vaginaux occasionnels pouvant entraîner une infection génitale ascendante. L'effraction de la muqueuse utérine est induite par le port d'un dispositif intra utérin, comme pour notre patiente qui a porté un stérilet pendant 8 ans, ou secondaire à un traumatisme lors de la pose ou du retrait.

La symptomatologie est fruste et peu spécifique. Le tableau clinique est fait d'une douleur pelvienne. La fièvre est inconstante. La présentation pseudo-tumorale, comme dans notre cas, est inhabituelle. La sévérité de l'affection pourrait dépendre de la quantité de sécrétion d'enzyme protéolytique par le germe et de la qualité de la réponse immunitaire de l'hôte (7, 8).

La tomodensitométrie permet la mise en évidence d'une masse solide avec la présence de quelques foyers hypodenses plutôt que de véritables cavités kystiques. Elle a souvent tendance à infiltrer les tissus de voisinage (7, 8).

Le diagnostic est généralement histologique. En effet, les cultures sont souvent négatives (76 % des cas) et nécessitent un matériel frais maintenu dans un milieu anaérobie strict pendant 7 jours en moyenne (9).

L'examen macroscopique peut parfois montrer des granulations jaunâtres au sein d'un tissu purulent. L'étude histologique permet d'observer un granulome centré par un abcès où se trouvent les colonies d'actinomycètes, souvent associées à d'autres bactéries. Les actinomycètes s'agencent classiquement en grains plus ou moins visibles sur l'hématoxyline éosine, mais sont fortement colorés par le Gram, le Grocott et le PAS. Les grains sont de taille variable, bordés par des filaments de longueur irrégulière mais de diamètre toujours inférieur à 1 micron. Leur présence est cependant inconstante. La PCR (polymerase chain reaction) technique fondée sur le séquençage de l'ADN ribosomal 16 S, a constitué une aide diagnostique certaine en permettant une identification rapide de l'espèce bactérienne même à partir d'échantillons fixés.

L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix pour les formes pseudotumorales, comme dans notre observation, suivies d'une antibiothérapie post opératoire à base de pénicilline G sur une durée de 6 à 12 mois.

L'évolution de l'actinomycose est souvent favorable à condition que le diagnostic soit fait à temps et que le traitement soit adéquat.

La particularité de notre observation réside dans la localisation ovarienne inhabituelle de l'actinomycose et dans sa présentation clinique pseudo-tumorale rare et très trompeuse. Une cinquantaine de cas seulement ont été rapportés dans la littérature mondiale depuis l'année 1963. Un examen histopathologique minutieux et complet de la pièce opératoire est requis pour poser le diagnostic et adapter, par conséquent, la prise en charge thérapeutique.

### RÉFÉRENCES

- 1 - Mtaallah MH, Ben Hassouna J., Bouzid T, Dhiab T, Chargui R, Khoumsi F et al. Actinomycose pelvienne pseudotumorale avec atteinte mutiradiculaire lombosacrée. A propos d'un cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2005 ; 33 : 586-9.
- 2 - Lee YM , Law WL, Chu KW. Abdominal actinomycosis. *ANZ J Surg* 2001 ; 71 : 261-3.
- 3 - Kodali U, Mallavarapu R, Goldberg MJ. Abdominal actinomycosis presenting as lower gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2003; 35: 451-3.
- 4 - Harsch A, Benninger J, Niedobitek G, Schindler G, Schneider HT, Hahn EG et al. Abdominal actinomycosis: complication of endoscopic stenting in chronic pancreatitis? *Endoscopy* 2001; 33: 1065-9.
- 5 - Norwood MG, Bown MJ, Furness PN, Berry DP. Actinomycosis of the sigmoid colon: an unusual cause of large bowel perforation. *ANZ J Surg* 2004; 74 : 816-8.
- 6 - Tedeschi A, Di Mezza G, D'Amico O, Ermann A, Montone L, Siciliano M et al. A case of pelvic actinomycosis presenting as cutaneous fistula. *Eur J Obstet gynecol Reprod Biol* 2003 ; 108 :103-5.
- 7 - Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomycosis. *Dis Colon Rectum* 1996; 39 : 10-8.
- 8 - Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomycosis over a 36-year period. *Arch Intern Med* 1975 ; 135 : 1562-8.
- 9 - Dayan K, Neufeld D, Zissin R, Bernheim J, Paran H, Schwartz I et al. Actinomycosis of the large bowel: unusual presentations and their surgical treatment. *Eur J Surg* 1996 ; 162 : 657-60.



Jeunes bergers au nord du Burkina Faso (coll J.J. Morand)