

## Actinomyose abdominale tumorale. Une observation au Sénégal

Gning SB<sup>1</sup>, Ndiaye A<sup>2</sup>, Diallo I<sup>1</sup>, Ogougbémy M<sup>3</sup>, Diouf MB<sup>3</sup>, Jauréguiberry S<sup>4</sup>, Mbaye PS<sup>1</sup>.

1. Services médicaux

2. Service d'imagerie médicale

3. Services chirurgicaux, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

4. Département des Maladies Infectieuses, Médecine Tropicale et Parasito-mycologie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris.

*Med Trop* 2011 ; 71 : 499-500

**RÉSUMÉ** • Une observation d'actinomyose abdominale à *Actinomyces israelii* sous une forme pseudo-tumorale est rapportée au Sénégal.

**MOTS-CLÉS** • Actinomyose. Pseudo-tumoral. Sénégal.

### TUMORAL ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS. CASE REPORT IN SENEGAL.

**ABSTRACT** • The purpose of this report is to describe a case of abdominal actinomycosis (*Actinomyces israelii*) with a pseudo-tumoral appearance in a 57-year-old Senegalese woman.

**KEY WORDS** • Actinomycosis. Pseudo-tumor. Senegal.

Une observation d'actinomyose abdominale à *Actinomyces israelii* sous une forme pseudo-tumorale est rapportée au Sénégal. C'est une infection rare due à une bactérie habituellement présente à l'état saprophyte dans la cavité buccale, le tube digestif et les voies génitales de la femme, et devenant pathogène dans certaines circonstances.

### Observation

Une femme Sénégalaise âgée de 57 ans, était hospitalisée pour des douleurs abdominales basses évoluant depuis 10 jours sans troubles digestifs ou génito-urinaires. Il n'y avait ni fièvre ni atteinte de l'état général. Elle était porteuse d'une polyarthrite rhumatoïde sévère évoluant depuis 1983 et traitée par prednisolone et méthotrexate. L'examen clinique notait un état général conservé. Il y avait une sensibilité de la région sous-ombilicale. L'échographie suspectait une masse pelvienne. Le scanner mettait en évidence une masse sous-ombilicale hypodense, attenante à la paroi du colon transverse, franchement rehaussée par le contraste, avec infiltration péri-lésionnelle et du grand omentum. Les examens biologiques montraient une anémie normochrome (hémoglobine à 10,5 g/dL, VGM de 90 fL), une hyperleucocytose (leucocytes à 12 930/mm<sup>3</sup>, polynucléaires neutrophiles à 8 930/mm<sup>3</sup>). La vitesse de sédimentation était mesurée à 115 mm à la première heure, la CRP s'élevait à 64 mg/L. Les bilans glycémique, protidique et lipidique étaient normaux, ainsi que les fonctions rénale et hépatique. La sérologie VIH était négative. La coloscopie était normale. La tentative de biopsie percutanée écho guidée étant un échec, une laparotomie exploratrice était réalisée et permettait de découvrir

une masse arrondie de 8 cm de diamètre, ferme, adhérente à l'aponévrose postérieure du muscle grand droit gauche, envahissant le mésentère de 3 anses grêles sur 60 cm, à 1,60 m de l'angle duodéno-jéjunal et à 1,20 m du caecum. Il existait une adhérence très importante avec la région médiane du colon transverse sur 2 cm. L'exploration de la cavité abdominale était par ailleurs normale. L'exérèse en monobloc de la masse était réalisée avec une exérèse sur 60 cm de l'aponévrose postérieure du muscle grand droit gauche, une résection de 60 cm de grêle, une résection limitée du colon transverse avec anastomose grêlo-grêlique latéro-latérale mécanique. L'examen histologique de la pièce opératoire mettait en évidence un infiltrat inflammatoire lymphocytaire autour d'amas de filaments et de grains révélés par les colorations de Grocott, Brown et Hopps, et de Giemsa. Ces filaments étaient compatibles avec *Actinomyces*. Les suites opératoires étaient marquées par un état de dénutrition (perte de poids de 10 kg, hypo albuminémie à 27 g/L), et une hypokaliémie avec un syndrome subocclusif régressif. Une antibiothérapie par amoxicilline à la dose de 100 mg/kg/jour était instaurée pendant 3 mois. L'évolution était favorable au bout du traitement avec une reprise du poids antérieur, correction de l'hypoalbuminémie et normalisation du scanner abdominal.

### Discussion

L'actinomyose est une infection due à un bacille Gram positif anaérobie et saprophyte du tube digestif. Sa pathogénicité est favorisée par des facteurs locaux (effraction de la barrière muqueuse, mauvaise hygiène bucco-dentaire), des facteurs généraux (immunodépression, diabète, alcool-tabagisme) ou une association à d'autres germes (*Actinobacillus actinomycetem comitans*).

La localisation abdominale qui représente 20 à 25 % des cas (1) est le deuxième site de l'infection, après la localisation

• Correspondance : saragning@yahoo.fr

• Article reçu le 11/05/2010, définitivement accepté le 21/06/2011

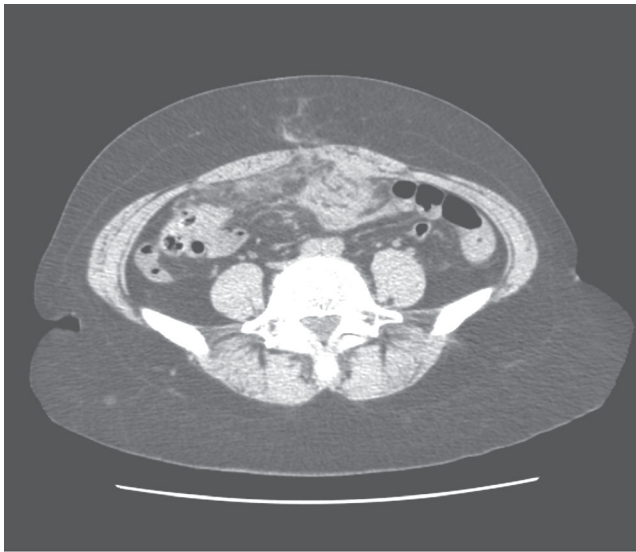


Figure 1. Image de la masse abdominale au scanner : masse hypo dense rehaussée par le contraste, attenante à la paroi du colon transverse.

cervico-faciale. Elle est souvent en rapport avec un facteur prédisposant : antécédent de traumatisme, chirurgie abdominale, perforation intestinale, dispositif intra – utérin au long cours ; mais parfois aucun facteur n'est trouvé. La localisation préférentielle est la région caeco-appendiculaire (2).

Il existe deux formes cliniques : les formes abcédées (3) et les formes tumorales (1, 4).

Une hyperleucocytose est trouvée dans des proportions variables, pouvant atteindre 68% des cas dans certaines séries (5), et le syndrome inflammatoire biologique est inconstant. Au scanner, le caractère infiltratif et l'invasion des barrières anatomiques sont soulignés dans la plupart des séries (1). Le diagnostic peut être apporté par : l'isolement de la bactérie dans le liquide de ponction, les hémocultures, l'étude cytologique après ponction à l'aiguille. Cependant, la certitude diagnostique est le plus souvent obtenue avec l'étude histologique en post-opératoire mettant en évidence Actinomyces au sein d'une réaction inflammatoire périphérique. La présence de grains jaunes est quasi-pathognomonique (6).

Le diagnostic préopératoire est très rare. Dans des cas bien sélectionnés, un prélèvement percutané ou par voie coelioscopique peut permettre d'y accéder et de proposer un traitement médical exclusif.

Le traitement de choix est basé sur la pénicilline G et l'ampicilline : pénicilline G 10 à 20 millions UI / jour pendant 2 à 4 semaines, puis pénicilline V en relais oral 2 à 4 g/jour pendant 3 mois. Les récurrences sont fréquentes en cas de traitement de durée insuffisante.

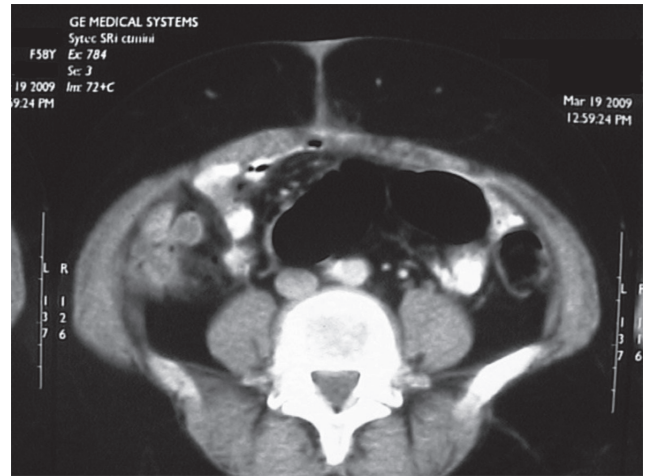


Figure 2. Scanner abdominal de contrôle : absence de masse abdominale.

## Conclusion

L'actinomycose abdominale est une infection rare. Son diagnostic est le plus souvent histologique après une exérèse chirurgicale. La possibilité d'une actinomycose devrait être envisagée devant toute masse abdominale invasive, transcompartmentale, d'allure néoplasique. Le traitement de choix repose sur l'antibiothérapie prolongée.

## Références

1. Tlili-Graïess K, Arifa-Achour N, Mrad Dali K, Sriha B, Dahmen Y, Bakir D *et al.* Actinomycose abdominale. À propos de 4 observations radiocliniques. *J Radiol* 2001 ; 82 : 67-72.
2. Lipsker D, Offner C, Loth F, Di Liberatore M, Hamman B. Abcès actinomycosique de la rate. *Ann Med Interne* (Paris) 1995 ; 146 : 336-7.
3. Romdhane FB, Bouguerra C, Loussaief C, Fredj FB, Zakhama A, Chakroun M *et al.* Actinomycose digestive simulant une maladie de Crohn. *Rev Tun Infectiol* 2007 ; 1 : 33-5.
4. Ketata S, Ben Mabrouk M, Derbel F, Fodha I, Sabri Y, Trabelsi A *et al.* Actinomycoses abdominales à forme tumorale : une série rétrospective de sept observations. *Rev Med Interne* ; 31 : 735-41.
5. Choi MM, Baek JH, Lee JN, Park S, Lee WS. Clinical features of abdominopelvic actinomycosis: report of twenty cases and literature review. *Yonsei Med J* 2009 ; 50 : 555-9.
6. Mutter D, Mendoza-Burgos L, Evrard S, Keller P, Vix M, Marescaux J. Actinomycose vésiculaire : une entité rare. *Presse Med* 1993 ; 22 : 784.