

L'ACTINOMYCOSE ABDOMINALE : UNE CAUSE RARE DE PSEUDO- TUMEUR ABDOMINALE
ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS: A RARE CAUSE OF ABDOMINAL PSEUDO-TUMOR

Y SEYE¹, AO TOURE¹, O THIAM², ISS SARR¹, M SECK¹, MCISSE²

1 : service de chirurgie générale Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar

2 : service de chirurgie générale Hôpital Dalal Jamm, Dakar

Auteur correspondant : Yacine SEYE,

Service de chirurgie générale Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Adresse e-mail : yacine87@yahoo.fr tel : 338223721

Résumé

Introduction : L'actinomyose abdominale est une infection bactérienne dont le diagnostic est posé après culture du germe et dont les manifestations cliniques sont insidieuses et non spécifiques, d'où son retard et sa difficulté de prise en charge. Nous rapportons un cas d'actinomyose abdominale sans porte d'entrée évidente, illustrant ce problème diagnostique et thérapeutique.

Observation : Il s'agissait d'une patiente de 66 ans, ménopausée, reçue pour masse abdominale d'allure tumorale avec des troubles du transit évoluant depuis 2 ans avant sa consultation. L'examen clinique notait une masse sensible du flanc droit. La TDM abdominale montrait une masse pseudo-tumorale de l'angle colique droit, infiltrant la paroi abdominale antérieure. La patiente avait bénéficié d'une laparotomie. L'exploration montrait une masse tumorale inflammatoire de l'angle colique droit étendue au grêle et à la paroi antérieure abdominale droite. La patiente avait bénéficié d'une hémicolectomie droite et d'une anastomose iléo-colique. L'examen anatomopathologique montrait des follicules actinomycosiques. La patiente avait été mise sous antibiothérapie pendant 3 mois avec de bons résultats.

Conclusion : L'actinomyose abdominale est une maladie infectieuse rare, d'évolution silencieuse évoquant un cancer digestif. Le traitement est essentiellement médical.

Mots- clés : actinomyose abdominale, chirurgie, antibiothérapie

Abstract

Introduction: abdominal actinomycosis is rare. Its diagnosis is normally based on the germ identification. Its clinical and radiologic signs are unspecific which leads to misdiagnosis and delay in treatment. We report a case of abdominal actinomycosis illustrating its difficult diagnosis and treatment.

Case report: A 66-year-old post-menopausal patient, was received for tumor-like abdominal mass with transit disorders evolving for 2 years. The clinical examination noted a sensitive mass of the right flank. Abdominal CT-scan showed a pseudo-tumor mass of the right colonic angle, infiltrating the anterior abdominal wall. The patient had a laparotomy. Exploration showed an inflammatory tumor mass of the right colonic angle extending to the small bowel and right anterior abdominal wall. The patient had a right hemicolectomy and an ileocolic anastomosis. Histologic examination of the specimen showed actinomycotic follicles. The patient had been given antibiotics for 3 months with good results.

Conclusion: Abdominal actinomycosis is a rare and silent infectious disease mimicking digestive cancer. Treatment is essentially medical.

Keywords: abdominal actinomycosis, colic resection, antibiotherapy

INTRODUCTION

L'actinomyose abdominale est une infection bactérienne, suppurative, chronique due aux *Actinomyces*. Les manifestations cliniques et radiologiques de l'actinomyose sont non spécifiques. Son diagnostic est bactériologique et repose sur l'identification de la bactérie. Elle constitue un diagnostic différentiel de pathologies graves tel le cancer colique. Son diagnostic est souvent fait sur pièce opératoire après une résection digestive étendue et morbide [1]. Nous rapportons, un cas d'actinomyose colique, révélé par une masse de la fosse iliaque droite, illustrant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 66 ans, ménopausée, reçue pour masse abdominale d'allure tumorale associée à des troubles du transit. Le tableau avait évolué durant plusieurs mois avant sa consultation.

L'examen clinique notait une masse sensible du flanc droit.

La numération et formule sanguine était normale ainsi que le bilan rénal et la crase sanguine. La TDM abdominale montrait une masse pseudo-tumorale hétérogène de l'angle colique droit, infiltrant la paroi abdominale antérieure avec épaissement d'une anse au contact. On notait en son sein un corps étranger faisant évoquer une arête de poisson (figure1).



Figure 1 : arête de poisson au sein de la pseudo- tumeur colique

La patiente avait bénéficié d'une laparotomie médiane. L'exploration montrait une masse pseudo-tumorale inflammatoire de l'angle colique droit étendue au grêle et au muscle transverse droit (figure 2).



Figure 2 : pseudo- tumeur de l'angle colique droit

La patiente avait bénéficié d'une hémicolectomie droite emportant le muscle transverse droit et d'une anastomose iléo-colique termino- latérale. L'évolution avait été marquée au 8^{ème} jour post opératoire, par une péritonite post opératoire par lâchage du mur antérieur de l'anastomose. La patiente avait bénéficié d'une toilette, d'une anastomose iléo- colique termino-terminale et d'un drainage. Les suites étant simples, la patiente avait été mise exeat au

12^{ème} jour post- opératoire. L'examen anatomopathologique avait montré la présence de follicules actinomycosiques. La patiente avait été mise sous antibiothérapie complémentaire (amoxicilline 1g x2/jour pendant 3 mois). La TDM abdominale de contrôle au 6^{ème} mois post opératoire était normale (figure3).



Figure 3 : TDM de contrôle normale

DISCUSSION

L'actinomycose abdominale est rare. Il n'y a pas d'étude qui rapporte son incidence dans le monde. Les plus grandes séries publiées sont celles de Brown avec 181 cas, Fiorino avec 92 cas et Hye Yung Sun avec 23 cas [2]. Au Sénégal, 1 seul autre cas a été décrit chez une patiente qui présentait une masse mésentérique d'allure tumorale [3]. Les facteurs favorisants sont classiquement l'immunodépression, la diverticulose, la chirurgie, la perforation intestinale, les corps étrangers tel le dispositif intra- utérin (DIU). Chez notre patiente, une arête de poisson a été identifiée à la TDM en intra- tumoral. Cela plaide pour une dissémination par contiguïté après effraction de la muqueuse colique.

Le diagnostic pré-thérapeutique de l'actinomycose abdominale est difficile. Les descriptions sont le plus souvent celles de formes pseudo-tumorales extensives ne respectant aucune limite tissulaire grâce à des enzymes protéolytiques [4]. Elles sont évocatrices soit d'un cancer digestif soit d'un cancer gynécologique comme chez notre patiente dont la tumeur s'est étendue

à l'intestin grêle et à la paroi abdominale antérieure[5]. Le délai écoulé entre l'inoculation et l'expression clinique de l'actinomycose est long ce qui explique son extension progressive [1, 6].

L'imagerie, avec des aspects non spécifiques n'est pas d'un grand secours dans la précision diagnostique. L'échographie et la tomodensitométrie abdominales permettent de pratiquer des ponction-biopsies de la tumeur [7]. Toutefois, pour la plupart des actinomycoses abdominales, le diagnostic pré-opératoire étant celui d'un cancer abdominal, la ponction-biopsie est généralement évitée, par peur d'ensemencement du trajet. A la TDM, un processus tumoral, et surtout son extension, avec un rehaussement hétérogène en périphérie après injection de produit de contraste serait caractéristique de l'actinomycose d'après certains auteurs. Mais cet aspect fait le plus souvent évoquer une néoplasie d'origine digestive ou génitale [2]. Dans notre cas, la TDM était en faveur d'un cancer du côlon droit [2].

Ainsi, une indication de chirurgie, souvent mutilante comme pour notre patiente est posée en méconnaissance du véritable diagnostic. Le traitement de l'actinomycose est médical. La molécule de choix est une bêta-lactamine avec, au premier plan, l'amoxicilline. Certains auteurs préconisent la nécessité de traiter à la fois par de fortes doses de pénicilline et pour une durée prolongée les actinomycoses et proposent de la pénicilline G à raison de 18 à 24 millions d'unités par voie intraveineuse pendant 2 à 6 semaines, puis de l'amoxicilline à raison de 500mg x 4/jour pendant 6 à 12 mois [8, 9]. Chez notre patiente, la chirurgie avait été complétée par une antibiothérapie à base d'amoxicilline (2 g/ jour pendant 3 mois). L'évolution des atteintes abdomino-pelviennes est habituelle bonne sans récurrence [10].

CONCLUSION

L'actinomyose abdominale représente le quart des localisations de l'actinomyose humaine. Son diagnostic est difficile car elle est souvent confondue à la TDM avec

une néoplasie d'origine digestive ou gynécologique. Ceci a des répercussions sur le choix du traitement souvent chirurgical en 1^{ère} intention alors qu'une antibiothérapie prolongée pourrait être suffisante.

REFERENCES

- 1- Azouz H, Chelly I, Rekik W.** Actinomyose abdominale avec une localisation colique. *JAHG* 2012;6:51-54.
- 2- Yung HS, Lee S, Kim S.** Clinical Features of Abdominal Actinomycosis: A 15-year Experience of A Single Institute. *J Korean Med Sci* 2011;26:932-937.
- 3- Gning SB, Ndiaye A, Diallo I.** Actinomyose abdominale tumorale. Une observation au Sénégal. *Med Trop* 2011;71:499-500.
- 4- Noomene F, Zouari K, Kallel W.** L'actinomyose abdominale: 3 observations. *Presse Med* 2003;32:698-700.
- 5- Hsieh M, Liu H, Chang J.** Thoracic actinomycosis. *Chest* 1993;104:366-370.
- 6- Annouam A, Loussaief C, Toumi A.** Six cas d'actinomycoses. *Tun Infect* 2011;5:99-100.
- 7- Kacem Ch, Puisieux F, Kammoun A.** Actinomyose abdominale. A propos de 3 cas et revue de la littérature. *Ann Med Int* 2000;151:243-247.
- 8- Russo TA.** Agents of Actinomycosis. In: Mandell GIBj, Dolin R, ed. *Principles and practice of infectious diseases*. 5th ed 2000 pp. 2645 -2654.
- 9- Harvey J, Cantrell J, Fisher A.** Actinomycosis: its recognition and treatment. *Ann Intern Med* 1957 ;46:868-885.
- 10- Benkhraba K, Benkabbou A, El Malki H.** Actinomyose digestive. Trois cas et revue de la littérature. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;5:775-778.