

Table des matières

Introduction	1
1. Rappel	4
1-1 Rappel historique	4
1-2 Taxonomie	5
1-3 Facteurs favorisants	8
1-4 Physiopathologie	8
1. Diagnostic	10
1-5-1 Diagnostic positif.....	10
1-5-1-1 Données cliniques	10
1-5-1-2 Données paracliniques.....	11
1-5-1-2-1 Examens biologiques	11
1-5-1-2-2 Examens morphologiques.....	11
1-5-1-2-2-1 Echographie abdominale	11
1-5-1-2-2-2 Tomodensitométrie abdominale	12
1-5-1-2-2-3 Imagerie par résonance magnétique	14
1-5- 1-2-3 Examens bactériologique et anatomopathologique.....	15
1-5-2 Diagnostic différentiel	16
1-5- 2-1 Cancers coliques.....	16
1-5-2-2 Maladie de Crohn	17
1-5-2-3 Tuberculose abdominale	17
1-6 Traitement.....	18
1-6-1 But	18
1-6-2 Moyens et méthode.....	18
1-6-2-1 Moyens médicaux	18
1-6-2-2 Moyens chirurgicaux.....	18
1-6-3 Indications	19
1-6-4 Evolution	20
2. Notre observation.....	21
1- Clinique.....	22
2 Paraclinique.....	22

2-1 Biologie.....	22
2-2 Imagerie	22
2-3 Traitement.....	25
2-4 Evolution.....	26
2-5 Examen anatomopathologique.....	27
2-6 Surveillance.....	27
3. Discussion	29
1. Données épidémiologiques	30
3-1-1 Fréquence.....	30
3-1-2 Sexe	30
3-1-3 Age.....	31
3-1-4 Facteurs favorisants	31
3-2 Données cliniques	32
3-2-2 Données topographiques.....	32
3-2-3 Durée d'évolution	32
3-2-4 Tableau clinique	33
3-3 Données paracliniques	33
3-3-1 Examens morphologiques.....	33
3-3-2 Microbiologie	34
3-4 Traitement	35
3-4-1 Place de l'antibiothérapie	35
3-4-2 Place de la chirurgie.....	37
3-4- 3 Evolution	38
Conclusion.....	39
REFERENCES.....	43

Liste des figures

Figure 1 : aspect filamenteux d'Actinomyces israelii à la coloration de Gram [63].....	5
Figure 2 : Aspect de colonies d'Actinomyces spp sur gélose au sang [63]	6
Figure 3 : aspect échographique montrant une masse hypoéchogène hétérogène au dépend de la région iléo-cæcale dont l'origine actinomycosique était mise en évidence par ponction [36].	
.....	12
Figure 4 : actinomycose mésentérique avec atteinte ganglionnaire [76]	13
Figure 5 : aspect TDM d'une masse iléo-caecale d'origine actinomycosique envahissant la paroi abdominale [83]	14
Figure 6 : aspect d'un grain soufré au sein d'un granulome inflammatoire à la coloration HES (x 40) [50]	15
Figure 7 : coupe transversale à la TDM abdominale montrant une pseudo- tumeur de l'angle colique droit étendue à la paroi antéro- latérale de l'abdomen avec en son sein un corps étranger (photo Pr Cissé).....	23
Figure 8 : Coupe sagittale à la TDM abdominale montrant la pseudo- tumeur de l'angle colique droit (photo Pr Cisse).....	24
Figure 9 : Coupe frontale à la TDM montrant une pseudo- tumeur colique hétérogène tissulaire (photo Pr Cisse)	25
Figure 10 : pseudo- tumeur colique droite avec anse grêle au contact (photo Pr Cissé).....	26
Figure 11 : Coupe transversale a la TDM abdominale ne montrant pas de poursuite évolutive de l'actinomycose (photo Pr Cissé).....	28

Introduction

Les actinomycoses sont des infections bactériennes, suppuratives, chroniques dues aux *Actinomyces*, bactéries commensales de la famille des *Actinomycetaceae*. Elles se caractérisent par la formation de tissu de granulations, d'abcès, de fibrose avasculaire et très fréquemment de fistules [24]. C'est une maladie rare pouvant atteindre n'importe quelle partie de l'organisme, notamment le tube digestif (20% des localisations) [14]. L'action de ces bactéries nécessite un agent vulnérant pour traverser la barrière muqueuse. Leur nom trompeur est à rattacher à la forme filamenteuse de cette bactérie [65].

Les manifestations cliniques et radiologiques de l'actinomycose abdominale sont non spécifiques. Son diagnostic est bactériologique et repose sur l'identification de la bactérie qui est souvent *A. israelii*. Elle constitue un diagnostic différentiel de pathologies graves telles le cancer colique et à ce titre elle est rarement évoquée par le chirurgien en pré opératoire. Son diagnostic est souvent fait sur pièce opératoire après une résection digestive étendue et morbide [2].

Cependant l'identification de la bactérie responsable est facile et éviterait une erreur diagnostique et des résections digestives étendues. Son traitement est facile, base sur une antibiothérapie prolongée à forte dose.

Nous rapportons, un cas d'actinomycose colique, révélé par une masse de la fosse iliaque droite, illustrant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

Pour cela, nous allons traiter le sujet en 3 parties :

- une première partie où nous ferons une revue de la littérature ;
- une deuxième partie où nous présenterons notre observation ;
- une troisième partie consacrée à la discussion avant de conclure.

1. Rappel

1-1 Rappel historique

L' *actinomyces* a été identifié en 1845 par Von Langenbeck mais ses travaux descriptifs de la maladie ont été publiés 40 ans plus tard. Le premier rapport sur l'actinomycose fut publié par Lebert en 1857 [65].

Israël fit la description du premier cas chez l'humain de cette pathologie après l'avoir observée pendant une autopsie. En compagnie de Ponick, ils publient en 1885 les résultats de 38 cas où ils auraient observé des granules ressemblant à ceux observés chez des bovins. Ils en décrivent les caractéristiques cliniques et pathologiques associées chez l'homme. En 1890, Bostroem affirme que le traumatisme répété à la muqueuse par la mastication serait la porte d'entrée du germe. Jusqu'à ce jour, l'*Actinomyces bovis* avait priorité et était reconnu pathogène chez l'homme et l'animal [65].

En 1891, Israël propose une description extensive du germe qu'il a réussi à cultiver en milieu anaérobie et il suggère une source endogène chez l'homme en soulignant que cet organisme ne serait pas retrouvé dans le sol ou chez les plantes. En l'honneur de ce pionnier, on attribua en 1898 le nom *d'Actinomyces israelii* à ce germe retrouvé chez l'homme [65].

En 1910, Lord cultiva *A. israelii* à partir de dents cariées et des cryptes amygdaliennes et démontre qu'il faisait partie de la flore buccale humaine normale. Vers 1940, à la suite des travaux de Prévôt de l'Institut Pasteur,

Erikson démontra clairement qu'il existe deux organismes distincts et différents qui causent la maladie chez l'homme et l'animal, en l'occurrence, les bovins.

1-2 Taxonomie

Dans les classifications phylogéniques actuelles, les *Actinomyces* appartiennent à l'ordre des Actinomycetales, au sous-groupe des Actinomycineae et à la famille des Actinomycetaceae [63].

Bactérie à Gram positif, l'*Actinomyces* se présente sous forme de filaments non sporulés droits ou légèrement incurvés (Figure 1). Ils sont anaérobies ou micro aérophiles ; leur croissance centrifuge est lente jusqu'à 21 jours pour *A. israelii* [63].

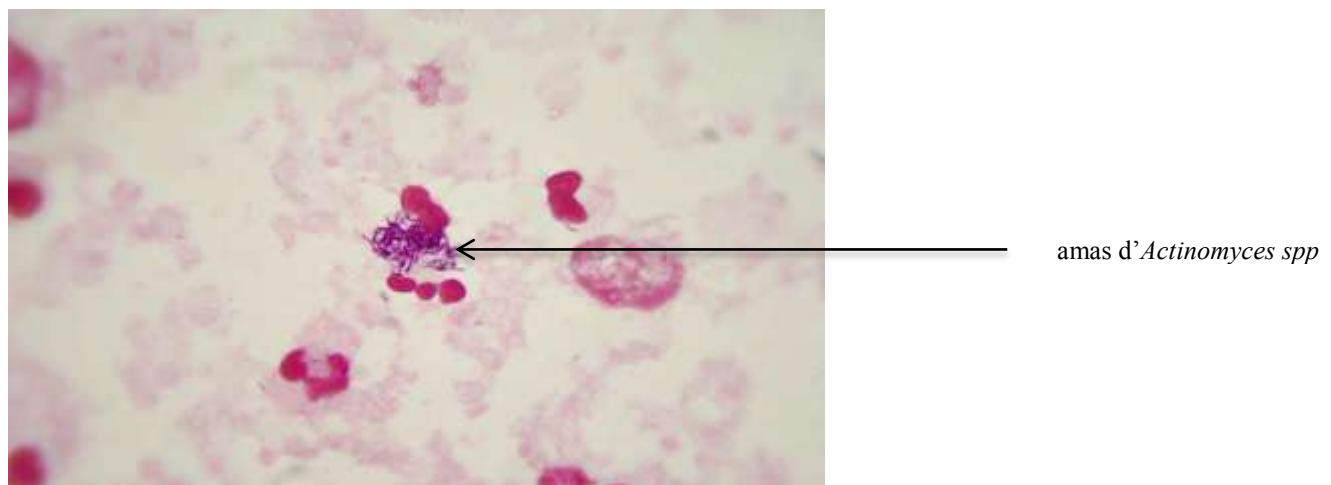


Figure 1 : aspect filamenteux d'*Actinomyces israelii* à la coloration de Gram [63]

La culture se fait au mieux sur gélose au sang (Figure 2).

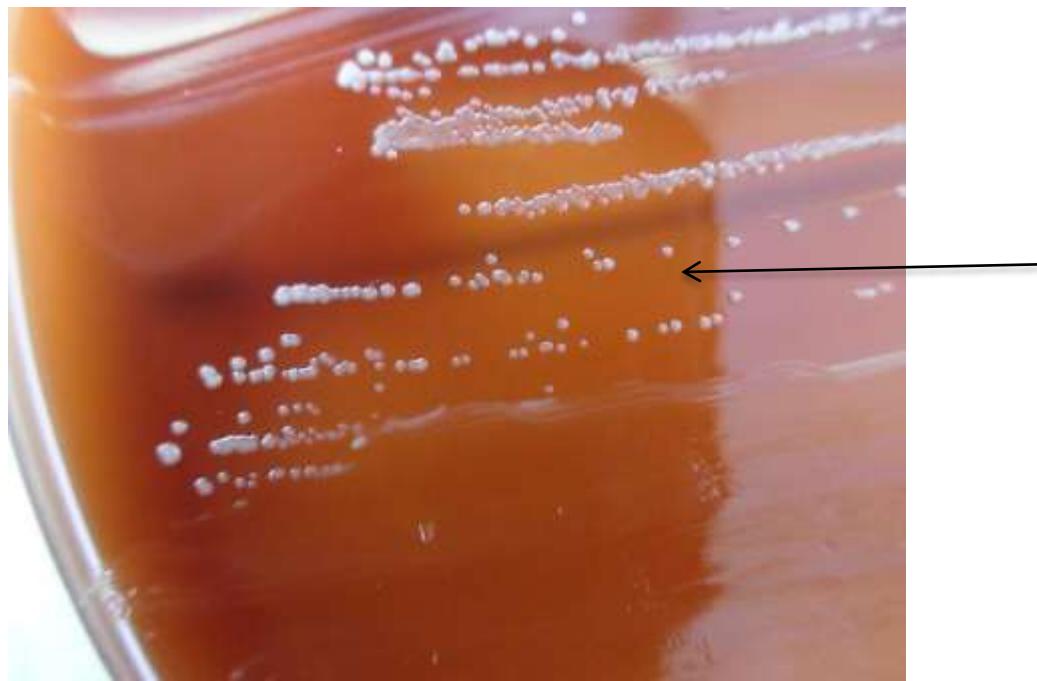


Figure 2 : Aspect de colonies d'*Actinomyces* spp sur gélose au sang [63]

Une fois obtenue en culture, leur identification repose sur leurs caractères biochimiques (tableau) tels que la possibilité de réduction des nitrates ou la consommation de certains sucres.

Tableau 1: principaux caractères biochimiques des *Actinomyces* [63]

	Catalase	Urée	Réduction des nitrates	Glucose	Maltose	Saccharose	Mannitol	Xylose	Hydrolyse de l'esculine
<i>A. israelii</i>	-	-	Variable	+	+	+	Variable	+	+
<i>A. meyeri</i>	-	-	Variable	+	Variable	+	-	Variable	-
<i>A. naeslundi</i>	-	-	Variable	+	+	+	Variable	+	+
<i>A. neuli</i>	+	-	Variable	+	+	+	+	+	-
<i>A. odontolyticus</i>	-	-	Variable	+	Variable	+	-	Variable	Variable

Le séquençage de l'ARN 16S en biologie moléculaire peut être utile.

Cela permet de distinguer plus de 35 espèces différentes dont la plupart touche seulement l'homme. Parmi les plus fréquentes, on note *A. israelii*, *A. naeslundi*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri*, *A. gerencseriae* ; ainsi en Allemagne entre 1969 et 1991 [74], *A. israelii* et *A. gerencseriae* étaient respectivement responsables de 56,4% et 24,9% des abcès actinomycosiques tandis que *A. israelii* et *A. meyeri* étaient isolés respectivement dans 61,0% et 18,3% des sécrétions génitales chez des femmes asymptomatiques porteuses de dispositif intra- utérin (DIU).

1-3 Facteurs favorisants

On reconnaît plusieurs facteurs favorisants car l'actinomycose est toujours le résultat d'une surinfection d'une lésion mineure [9, 21, 24, 32, 43, 55] :

- le mauvais état bucco-dentaire (dents cariées) ;
- la stase salivaire (rôle favorisant de la lithiase des canaux excréteurs) ;
- l'altération de la muqueuse digestive : gestes chirurgicaux ou endoscopiques, pathologie intestinale (diverticulite, appendicite, cancer) ;
- la présence de corps étrangers dont l'exemple type est le DIU ;
- l'affaiblissement des défenses naturelles par une pathologie immuno-déprimante ou par certaines thérapeutiques.

Récemment le diabète, les néoplasies, une consommation d'alcool excessive, une séropositivité au VIH et les traitements immunosupresseurs ont été mis en cause en ce qui concerne l'actinomycose humaine.

1-4 Physiopathologie

Ces bactéries sont commensales du tractus digestif. *L'Actinomyces israelii* est saprophyte des cavités naturelles notamment au niveau des zones de stase du tractus gastro-intestinal : sigmoïde et surtout la région iléo-cæco-appendiculaire [9]. Ainsi, Naeslund ne réussit pas à isoler *L'Actinomyces israelii* dans les selles de sujets asymptomatiques, il suggéra ainsi que sa présence suppose le

franchissement de la muqueuse [9,43]. L'infection est souvent secondaire à une interruption de la barrière muqueuse qui permet le passage des *Actinomyces* et autres germes commensaux dans les tissus. Ceci explique le caractère souvent pluri-microbien des abcès actinomycosiques.

La réaction inflammatoire initiale passe souvent inaperçue ; les premiers signes cliniques sont corrélés à la formation de follicules actinomycosiques; cette lésion fibreuse inflammatoire s'étend progressivement tandis que son centre, constitué de polynucléaires neutrophiles, macrophages et de grains sulfures se ramollit.

Les grains sulfures ne sont pas pathognomoniques des actinomycoses mais très évocateurs; il s'agit en effet d'amas d'*Actinomyces* englués dans une gangue glycoprotéique plus ou moins calcifiée. Ils sont colorés par le Gram et le Grocott. L'évolution naturelle de l'infection peut suivre grossièrement 3 schémas :

- fistulisation des lésions et évacuation ;
- extension par continuité le plus fréquemment responsable d'une dissémination lente et longtemps asymptomatique ;
- dissémination hématogène ;

Les actinomycoses sont des infections sévères avec jusqu'à 75% de mortalité dans les études précédant 1940 [5].

1. Diagnostic

1-5-1 Diagnostic positif

1-5-1-1 Données cliniques

Le début est souvent insidieux et marqué par une altération de l'état général et un syndrome infectieux peu marqué.

Il peut se manifester par une altération de l'état général (forme aiguë), une fièvre, une douleur abdominale avec des troubles de transit.

Les tableaux cliniques sont très variables et assez peu évocateurs, en dehors de l'aspect caractéristique d'une masse abdominale fistulisée à la peau, d'installation aiguë ou chronique, pouvant être douloureuse, rénitente, parfois très inflammatoire et laissant sourdre un liquide louche ou purulent contenant des grains jaunes. Cette notion de « grains » contenus dans le liquide de fistulisation est très caractéristique de l'actinomycose [10, 66].

Les abcès actinomycosiques peuvent toucher l'anus, le rectum, le côlon, le cæcum, l'iléon, l'endomètre, l'œsophage, le foie ou le péritoine [52].

Une porte d'entrée doit être systématiquement recherchée [40, 68].

1-5-1-2 Données paracliniques

1-5-1-2-1 Examens biologiques

Un syndrome inflammatoire biologique non spécifique est souvent noté dans les formes aiguës. Une absence d'hyperleucocytose est notée dans les formes chroniques [41].

1-5- 1-2-2 Examens morphologiques

La radiographie conventionnelle ne montre rien de particulier.

L'échographie et la tomodensitométrie aident à la réalisation de la cytoponction et de la ponction- biopsie tumorale.

1-5-1-2-2-1 Echographie abdominale

Il s'agit souvent d'une masse à double composante pariétale et intra- abdominale à la fois charnue et kystique, d'échostructure hétérogène et infiltrante (Figure 3) ayant les caractéristiques d'une tumeur maligne [29]; cependant la quasi absence d'adénopathies profondes (puisque *l'Actinomyces Israelii* dissémine très rarement dans les ganglions , à moins d'une surinfection par d'autres germes), peut orienter vers l'actinomycose abdominale surtout chez les femmes porteuses d'un DIU [36].

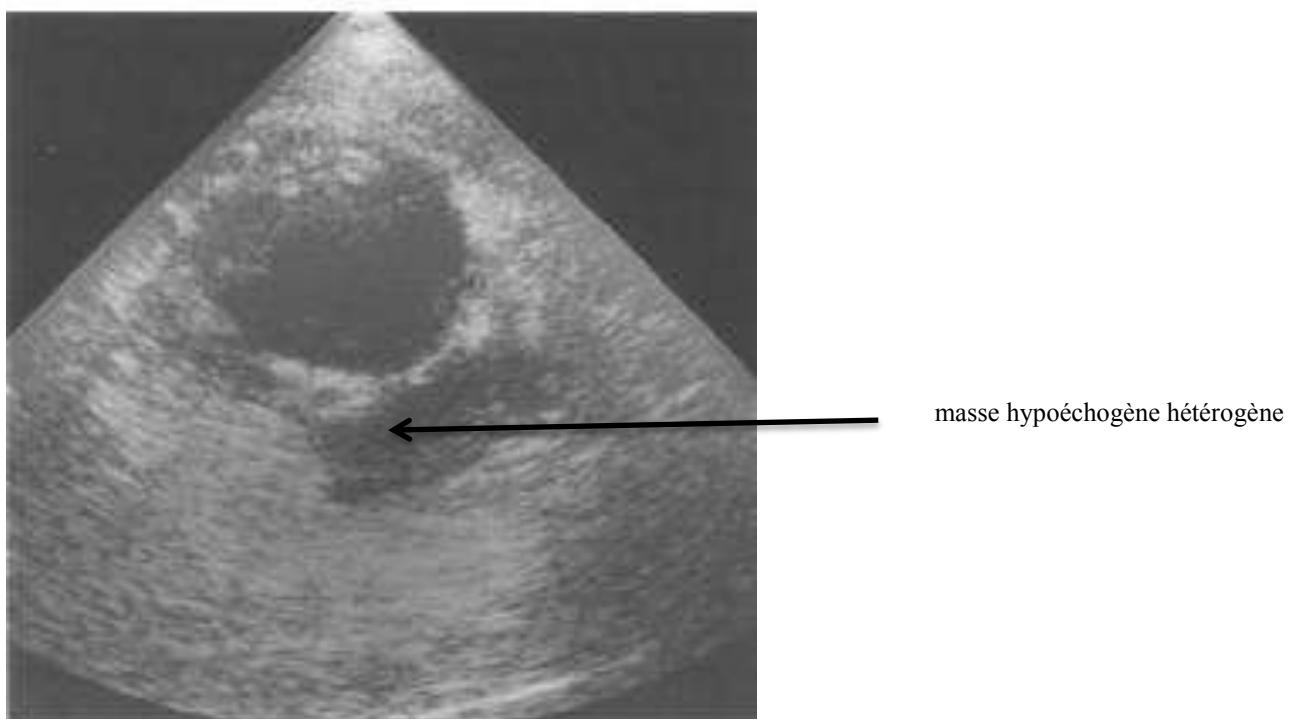
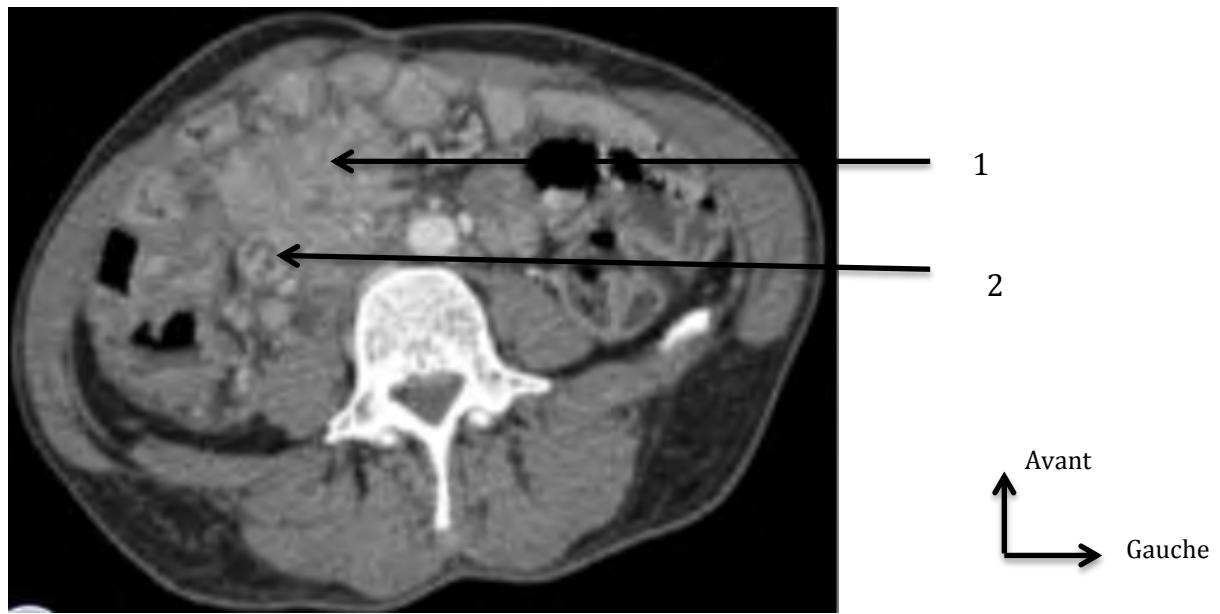


Figure 3 : aspect échographique montrant une masse hypoéchogène hétérogène au dépend de la région iléo-cæcale dont l'origine actinomycosique était mise en évidence par ponction [36].

1-5-1-2-2-2 Tomodensitométrie abdominale

La TDM permet d'établir le bilan lésionnel au niveau des parois digestives mais également d'apprécier l'atteinte extra-digestive, l'extension à la paroi abdominale et le retentissement sur l'appareil urinaire [11, 55]. La région atteinte est le siège d'un épaississement pariétal qui peut être concentrique ou asymétrique, souvent irrégulier, relativement court (entre 5 et 16 cm), de rehaussement homogène ou non. L'infiltration de l'atmosphère graisseuse péri-digestive est souvent sévère et diffuse [45, 14] (Figure 4 et 5).

Les adénopathies sont rares et de petites tailles (< 2cm) [84](figure).



1 : masse pseudo- tumorale

2 : ganglion à centre nécrosé

Figure 4 : actinomycose mésentérique avec atteinte ganglionnaire [76]

L'aspect le plus évocateur est la présence d'une masse péritonéale, retrouvée à proximité du segment atteint et rehaussée de façon hétérogène avec possibilité de composantes kystiques plus ou moins abondantes [55, 11, 34]. La portion charnue de cette masse peut présenter des zones de rehaussement intenses après injection du produit de contraste en raison d'un abondant tissu de granulation et de remaniements inflammatoires [19 , 90] (Figure 5).

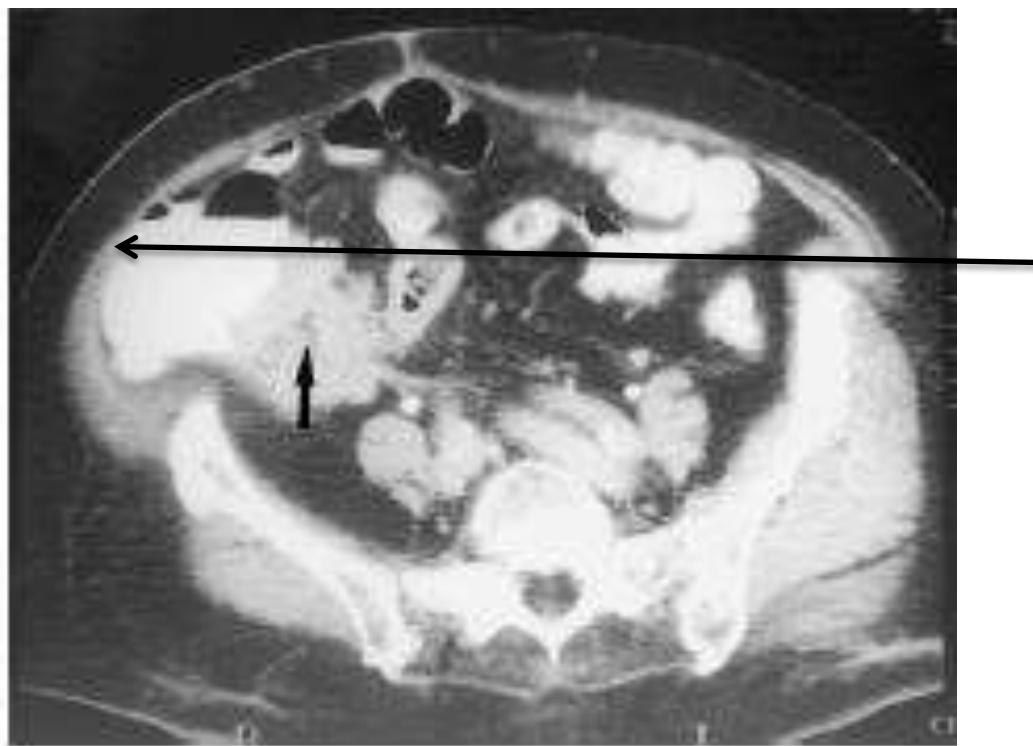


Figure 5 : aspect TDM d'une masse iléo-caécale d'origine actinomycosique envahissant la paroi abdominale [83]

Un aspect envahissant de la tumeur à la tomodensitométrie doit faire évoquer une actinomycose abdominale [40, 66, 44].

1-5-1-2-2-3 Imagerie par résonance magnétique

Peu de publications ont été consacrées à l'étude de l'apport de l'IRM dans le diagnostic de l'actinomycose abdominale. La présence d'un hyposignal en séquence pondérée T2 peut suggérer le diagnostic de masse actinomycosique [86].

1-5- 1-2-3 Examens bactériologique et anatomo-pathologique

Le diagnostic est confirmé soit par l'isolement du germe à partir du pus ou du prélèvement biopsique soit par l'examen anatomo-pathologique des lésions qui montre un aspect de grains de soufre au centre desquels s'échappent des filaments en rayon de roue: « grain jaunes» dont la coloration Periodic Acid Schiff (PAS) est positive, assez évocateurs d'actinomycose [71] (figure 6). Les grains sont constitués par une forte concentration d'*Actinomyces* agglutinés mélangés à du pus.

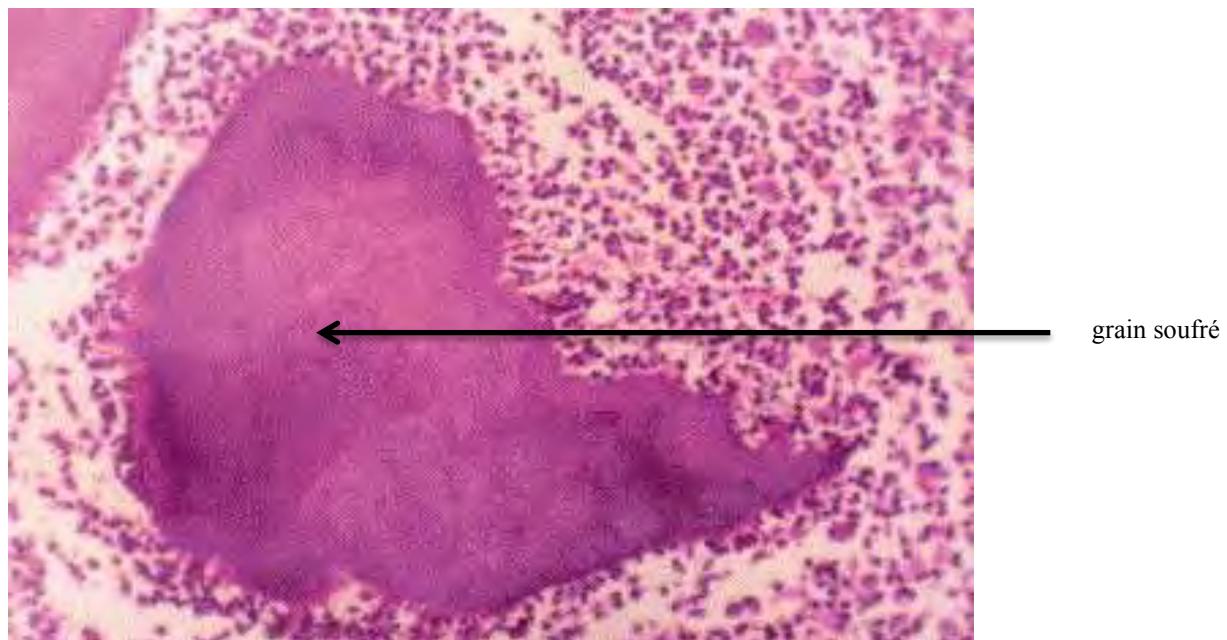


Figure 6 : aspect d'un grain soufré au sein d'un granulome inflammatoire à la coloration HES (x 40) [50]

Lorsqu'il n'existe pas de fistule productive à la peau, le prélèvement par ponction à l'aiguille fine peut contribuer au diagnostic bactériologique. Ce prélèvement radioguidé doit être orienté vers les lésions cavitaires, abcédées, enchâssées dans la sclérose inflammatoire où le grain actinomycosique a une

probabilité plus grande d'être présent [29, 36].

Des milieux de culture spéciaux anaérobies contenant du thioglycolate, ou du métronidazole pour limiter la croissance des germes couvents sont nécessaires [24].

Deux des trois éléments suivants sont nécessaires pour poser le diagnostic bactériologique [24, 28, 47,75] :

- la présence de grains sulfureux ;
- la présence à l'examen microscopique d'*Actinomyces* ;
- la culture positive en milieu anaérobie. Les amas d'*Actinomyces Israelii* apparaissent sous forme de petites tâches brunâtres ou bleutées d'où s'échappent des filaments bactériens à disposition radiée ou mycélienne (classique grain de souffre actinomycosique).

1-5-2 Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel se fait par l'endoscopie et l'examen histologique.

1-5- 2-1 Cancers coliques

Ils restent les premiers diagnostics à évoquer. L'actinomycose abdominale simule un cancer par son infiltration tissulaire. Une origine maligne sera

confirmée par l'étude histologique des prélèvements biopsiques per-endoscopiques ou de la pièce opératoire [50, 55].

1-5-2-2 Maladie de Crohn

Les arguments les plus forts du diagnostic positif de maladie de Crohn sont le caractère discontinu et multi- segmentaire des lésions, les fissures trans- murales histologiques et le granulome épithélio de et giganto- cellulaire quand il est présent [6].

1-5-2-3 Tuberculose abdominale

La tuberculose abdominale est rare, entre 2 et 9% et dominée par l'atteinte du côlon droit [3]. L'épaississement pariétal habituellement concentrique peut, quand il est excentré et à développement exophytique extrinsèque, simuler plus une atteinte tumorale qu'une atteinte inflammatoire. Cet épaississement peut être hétérogène avec des foyers hypodenses en rapport avec de la nécrose caséuse [33]. Le diagnostic se fait à l'examen microscopique par identification du germe (BAAR) avec une sensibilité de moins de 10% ou la culture sur milieu spécifique.

1-6 Traitement

1-6-1 But

Le traitement a pour but de :

- guérir la maladie ;
- éviter les complications et les traiter le cas échéant ;
- éviter les récidives.

1-6-2 Moyens et méthode

1-6-2-1 Moyens médicaux

Le traitement médical repose sur une antibiothérapie ; essentiellement les bêta-lactamines. On utilisera de l'amoxicilline à raison de 3g par jour en 3 prises ou de la pénicilline G (benzylpénicilline) à raison de 20 à 60 millions d'unités toutes les 6 à 8 heures.

En cas d'allergie, on pourra recourir aux macrolides tel que l'érythromycine (50mg par kg par jour) ou aux cyclines (doxycycline : 200mg par jour en prise unique) ou encore au Sulfamethoxazole-triméthoprime 400mg/80mg à raison de 6 comprimés par jour en 3 prises [78].

1-6-2-2 Moyens chirurgicaux

La chirurgie abdominale se fera par voie cœlioscopique ou par voie ouverte. Elle consistera selon le cas en :

- une exploration à visée diagnostique ;
- une résection du segment digestif et anastomose en 1 ou 2 temps ;
- un lavage de la cavité péritonéale ;
- une résection pariétale abdominale ;
- une mise à plat de collection intra- abdominale ;
- une levée de compression.

1-6-3 Indications

Les *Actinomyces* sont sensibles à la plupart des antibiotiques actuels. On choisira en premier lieu les pénicillines à fortes doses (les macrolides ou les cyclines en cas d'allergie) associées à des antibiotiques anti-anaérobies pendant 2 à 4 semaines.

Le traitement de choix est la pénicilline G, à raison de 10 à 20 millions d'unités/jour, administré par voie intra- veineuse, pendant 2 à 4 semaines, relayé par une pénicilline orale pendant 3 mois [8]. En cas d'allergie à la pénicilline, un traitement par l'association triméthoprime (480 milligrammes/jour) et sulfaméthoxazole (SMX : 2400 milligrammes/jour) constitue une alternative [8].

Le traitement de la porte d'entrée est indispensable [25,41, 52, 68].

Un traitement chirurgical est indiqué d'emblée dans les formes aiguës (péritonite) où il consistera en un lavage de la cavité péritonéale ou pour

drainage per- cutané de collections abcédées intra- abdominales.

Le traitement des formes pseudo-tumorales est chirurgical [41].

Dans tous les cas, l'étendue des exérèses pourra être limitée par une antibiothérapie préalable et prolongée si le diagnostic est évoqué avant l'intervention. Dans ce cas, le traitement est d'abord médical. La chirurgie sera alors réalisée à froid, sur un patient en meilleur état général et bien préparé, le geste étant facilité par la régression tumorale. Une biopsie extemporanée et un examen anatomo- pathologique confirmeront le diagnostic, les lésions résiduelles seront réséquées. L'antibiothérapie sera prolongée en post-opératoire [13, 23, 85].

La chirurgie peut être indiquée en seconde intention pour l'exérèse de résidus après antibiothérapie première [40].

1-6-4 Evolution

Ce traitement permet dans la majorité des cas une guérison définitive dans 90% des cas [67]. Les rares récidives à long terme décrites sont probablement liées à une réactivation de foyer ayant échappé à l'antibiothérapie [67].

2. Notre observation

1- Clinique

Il s’agissait de madame Fatou S., patiente de 66 ans, ménopausée, non porteuse de dispositif intra- utérin, XI gestes, X pares ; qui avait été reçue le 05/05/2016 pour prise en charge de masse abdominale d’allure tumorale ayant évolué durant plusieurs mois avant son admission, sans troubles du transit.

L’examen général montrait un bon état général, des muqueuses colorées. La pression artérielle était à 120/80 millimètres de mercure, le pouls à 80 battements par minute, la température à 37,6 degrés Celsius.

L’examen abdominal montrait un empâtement sensible du flanc droit sans défense. Les touchers pelviens étaient sans particularité.

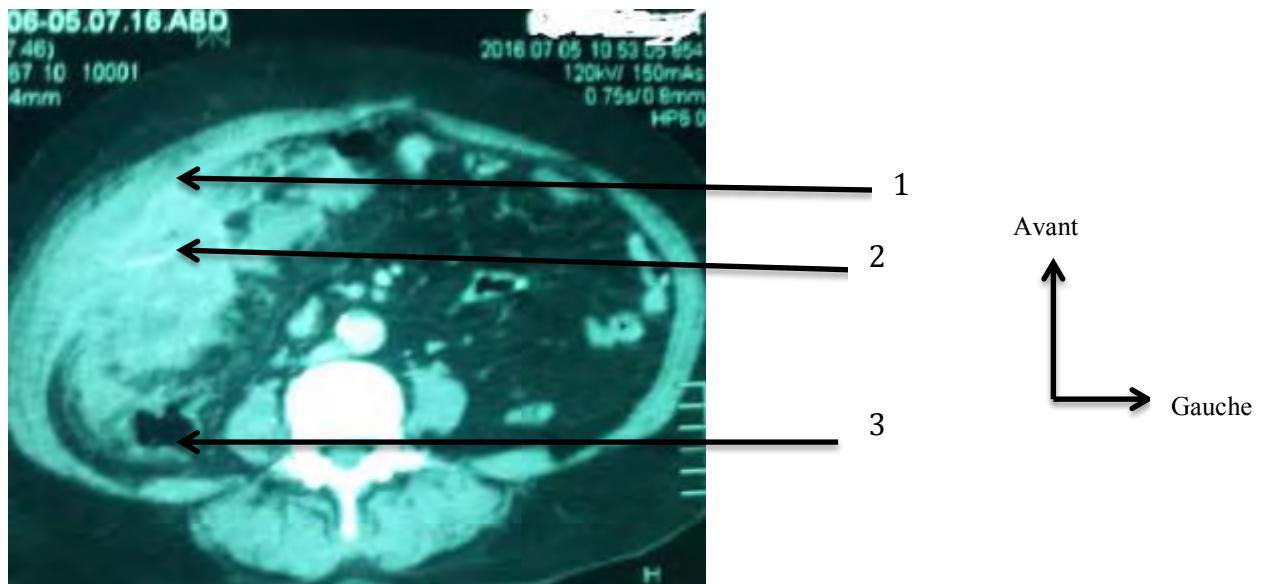
2 Paraclinique

2-1 Biologie

La Numération et Formule Sanguine ne montrait pas d’hyperleucocytose. Les bilans rénal et de la crase sanguine étaient normaux.

2-2 Imagerie

La TDM abdominale montrait une masse pseudo- tumorale de l’angle colique droit envahissant la paroi abdominale antérieure (figures 7 et 8). Cette masse était de densité hétérogène, occupant le flanc droit, avec des zones hypodenses et une infiltration pariétale, avec épaisseissement d’une anse au contact. On notait en son sein un corps étranger faisant évoquer une arête de poisson.

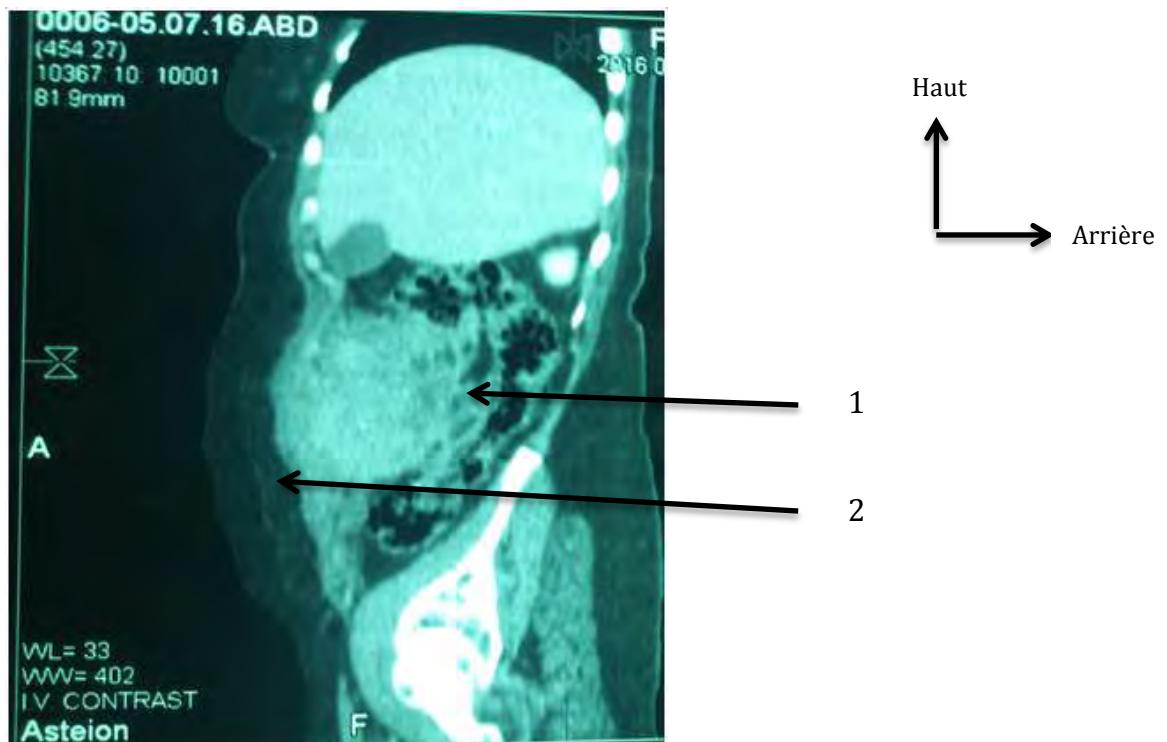


1:paroi antéro- latérale de l' abdomen envahie par la pseudo- tumeur

2: corps étranger hyperdense effilé (arête de poisson)

3:lumière colique

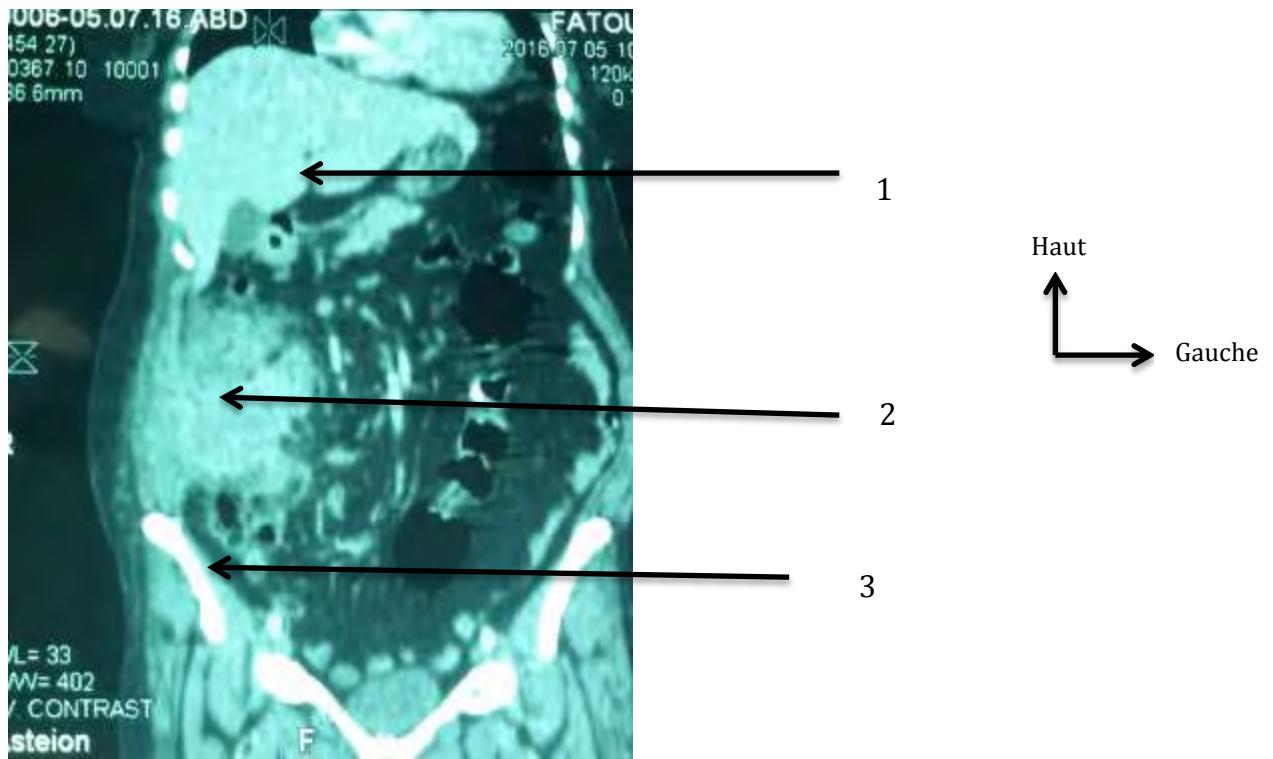
Figure 7 : coupe transversale à la TDM abdominale montrant une pseudo-tumeur de l'angle colique droit étendue à la paroi antéro- latérale de l'abdomen avec en son sein un corps étranger (photo Pr Cissé)



1 :épaississement paroi colique

2 : contact de la masse avec la paroi abdominale

Figure 8 : Coupe sagittale à la TDM abdominale montrant la pseudo- tumeur de l'angle colique droit (photo Pr Cisse).



1: foie

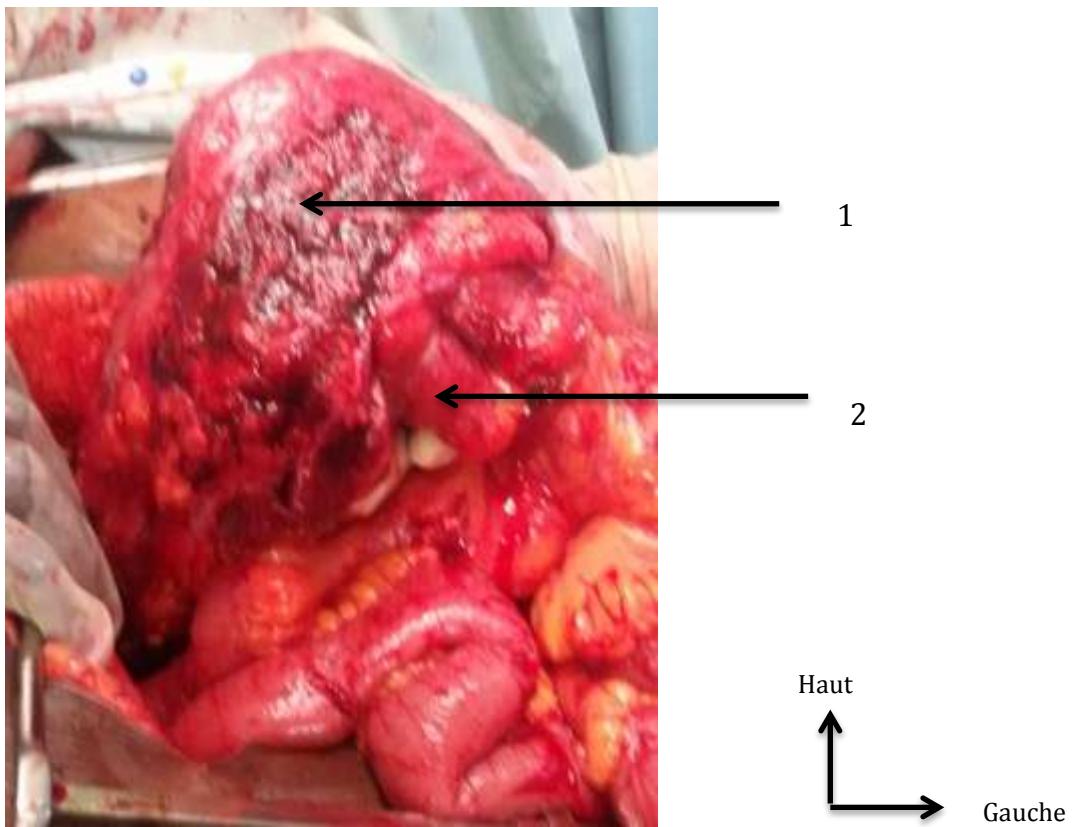
2:masse du côlon ascendant

3 : ilion droit

Figure 9 : Coupe frontale à la TDM montrant une pseudo- tumeur colique hétérogène tissulaire (photo Pr Cisse)

2-3 Traitement

Une laparotomie médiane avait été faite et montrait une masse pseudo- tumorale inflammatoire de l'angle colique droit envahissant le grêle et le muscle transverse droit (figure).



1 : masse pseudo- tumorale inflammatoire

2 : anse grêle adhérente

Figure 10 : pseudo- tumeur colique droite avec anse grêle au contact (photo Pr Cissé)

La patiente a bénéficié d'une hémicolectomie droite emportant le muscle transverse droit et d'une anastomose iléo- colique termino- latérale.

2-4 Evolution

Les suites opératoires étaient marquées par une péritonite post opératoire survenue au 8^{ème} jour post opératoire par lâchage du mur antérieur de l'anastomose iléo- colique termino- latérale. La patiente a bénéficié après réanimation d'une toilette, d'une résection de la partie distale de l'iléon, d'une

anastomose iléo- colique termino- terminale et d'un drainage. Les suites opératoires étaient simples. La patiente est sortie au 12^{ème} jour post opératoire.

2-5 Examen anatomopathologique

L'examen macroscopique montrait une volumineuse masse tumorale mésentérique de 25 x 12 cm située à 12 cm de la section colique et 13 cm de la valvule de Bauhin dont l'ouverture permet la mise en évidence d'un kyste de 1,5 mm, avec extension pariétale musculaire.

L'examen microscopique montrait une muqueuse colique et iléale normale. La lésion pseudo- tumorale séreuse et sous- séreuse colique correspondait à des remaniements fibreux et inflammatoires autour de follicules actinomycosiques formés de grains dans un infiltrat riche en polynucléaires dont beaucoup sont altérés. Ces remaniements n'atteignaient pas la muqueuse mais s'étendaient sur le fragment musculaire dissociant les fibres. Les ganglions du méso étaient réactionnels avec hyperplasie folliculaire. La souche *Actinomyces israelii* avait été isolée à l'examen bactériologique. Une arête de poisson avait été mise en évidence au sein du tissu inflammatoire.

2-6 Surveillance

La patiente avait été mise sous amoxicilline (500mg x 2/jour) pendant 3 mois après lecture de la pièce opératoire. Les suites opératoires sont simples. La patiente a un transit normal et un examen physique sans particularités.

La TDM abdominale de contrôle au 6^{ème} mois post opératoire était sans particularité (figure 11).



1 : muscle transverse droit absent

Figure 11 : Coupe transversale a la TDM abdominale ne montrant pas de poursuite évolutive de l'actinomycose (photo Pr Cissé)

3. Discussion

1. Données épidémiologiques

3-1-1 Fréquence

Les actinomycoses sont des pathologies relativement rares dont la fréquence reste difficile à évaluer. Les cas décrits sont souvent peu nombreux. Baik, Kinnear et Hsieh [4, 38, 42] rapportent respectivement 25, 19 et 12 cas d'actinomycose thoracique. Les 25 patients de Baik ont été inclus sur 12 ans (entre 1985 et 1997) dans un seul centre hospitalier coréen ; les 17 patients de Hsieh ont également été pris en charge dans un seul hôpital à Taïwan mais sur 6 ans (entre 1984 et 1990).

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 [91].

Aucune prédominance ethnique n'est rapportée dans la littérature. Notre patiente est originaire d'Afrique sub-saharienne. Salvati [72] suggère que les asiatiques seraient moins touchés.

Au Sénégal, 1 autre cas seulement a été décrit chez une patiente qui présentait une masse mésentérique d'allure tumorale [27].

3-1-2 Sexe

Les données de la littérature notent une prédominance masculine de la maladie :

sex ratio 3/1 [35, 42,] contrairement à notre observation et à celle de Gning [27].

3-1-3 Age

L'âge de notre patiente est de 66 ans supérieur à ceux retrouvés dans la littérature : âge médian de 42 ans pour Kinnear et de 48 ans pour Baik, âge moyen de 40 ans pour Hsieh [4, 38, 42].

3-1-4 Facteurs favorisants

Les facteurs favorisants de l'actinomycose abdominale sont classiquement l'immunodépression, la diverticulose, la chirurgie, la perforation intestinale, les corps étrangers tels le dispositif intra- utérin (DIU). Chez notre patiente, une arête de poisson a été identifiée à la TDM en intra- tumorale et aucun autre foyer n'a été trouvé. Cela plaide pour une dissémination par contiguïté après effraction de la muqueuse colique par une arête de poisson.

Gning [27] a rapporté un cas sénégalais chez une patiente diabétique de 57 ans, sous corticoides pendant une longue durée pour une polyarthrite rhumatoïde .

La maladie se développe à l'issue d'une effraction de la muqueuse. La dissémination se fait ensuite le plus souvent par contiguïté [41, 15].

Les lésions hépatiques ou péritonéales secondaires rarement rapportées plaignent en faveur d'une propagation du germe par voie hématogène ou lymphatique [31,

82].

Dans la plupart des cas, aucun terrain particulier n'est retrouvé [57].

3-2 Données cliniques

3-2-2 Données topographiques

Dans la littérature, on estime que les actinomycoses sont localisées au niveau abdominal dans 20% des cas. La forme iléo-caecale a été décrite comme la plus fréquente [60]. La localisation au niveau de l'intestin grêle ne représente que 3 % des formes abdominales.

Les descriptions sont le plus souvent celles de formes pseudo-tumorales extensives évocatrices soit d'un cancer digestif soit d'un cancer gynécologique [4, 38] comme chez notre patiente.

Au cours de l'actinomycose abdominale, l'infection se propage par contiguïté, à partir d'une porte d'entrée, ne respectant aucune limite tissulaire grâce à des enzymes protéolytiques [60]. C'est pourquoi la tumeur de notre patiente s'est étendue à l'intestin grêle et à la paroi abdominale antérieure par contiguïté.

3-2-3 Durée d'évolution

Le délai écoulé entre l'inoculation et l'expression clinique de l'actinomycose est long ce qui explique son extension et son aggravation progressive [1,83]. La

difficulté diagnostique est ainsi majorée par le caractère évolué des lésions. Cela est le cas chez notre patiente qui a consulté plusieurs mois après le début de la symptomatologie.

3-2-4 Tableau clinique

La symptomatologie clinique est très variable au point d'appeler l'actinomycose abdominale «la grande simulatrice» [45]. Elle associe de façon inconstante douleurs abdominales, troubles du transit, avec discrète altération de l'état général et un syndrome infectieux peu marqué. Le syndrome tumoral est souvent au premier plan [45, 46]. Le diagnostic est rarement évoqué à ce stade, de ce fait les patients sont souvent opérés pour suspicion de néoplasie abdominale. Ce qui a été le cas chez notre patiente.

3-3 Données paracliniques

3-3-1 Examens morphologiques

L'échographie ou la tomodensitométrie abdominales sont non spécifiques mais permettent de pratiquer des ponction-biopsies de la tumeur [41].

Cependant, pour la plupart des actinomycoses abdominales, le diagnostic pré-opératoire est celui d'un cancer digestif. Dans ce cas, la ponction- biopsie n'est pas faite, par peur d'ensemencement du trajet par des cellules tumorales. Par ailleurs, il n'y a pas d'aspect échographique ou scannographique caractéristique

de l'actinomycose digestive.

Cependant, à la TDM, un processus tumoral, et surtout son extension, avec un rehaussement hétérogène en périphérie après injection de produit de contraste serait assez caractéristique de l'actinomycose. Une actinomycose doit ainsi figurer parmi les hypothèses diagnostiques devant un épaississement pariétal associé à une masse hétérogène envahissante ne respectant pas les limites anatomiques [45,71, 84].

Dans les rares cas où ce diagnostic serait évoqué en première intention, l'indisponibilité de la radiologie interventionnelle dans notre contexte serait une limite à sa confirmation.

Notre patiente a bénéficié d'une TDM abdominale mais pas d'une ponction-biopsie scannoguidée car son diagnostic initial était celui d'une tumeur maligne du côlon droit.

3-3-2 Microbiologie

Le diagnostic bactériologique est difficile du fait de la sensibilité du germe à l'oxygène, de la difficulté de sa culture qui dure de 3 à 15 jours, de sa croissance lente et de son association fréquente à d'autres germes anaérobies, de croissance plus rapide [25, 41,68]. D'autre part, le diagnostic bactériologique est fait si l'actinomycose est évoquée en première intention.

Les espèces les plus fréquemment à l'origine d'abcès actinomycosiques chez l'homme sont : *A. israelii*, *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri*, *A. gerencseriae*. *A. israelii* et *A. gerencseriae* étaient respectivement responsables de 56,4% et 24,9% des abcès actinomycosiques dans l'étude de Schaal [74].

Dans notre étude, l'*Actinomyces israelii* a été isolé par examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

3-4 Traitement

3-4-1 Place de l'antibiothérapie

Avant l'ère des antibiotiques, l'actinomycose était redoutable et son traitement se résumait à la chirurgie associée à la radiothérapie et à l'iode. Le pronostic restait réservé avec une mortalité autour de 85 % [41].

L'utilisation des pénicillines G a complètement modifié le pronostic avec un taux de guérison de 90 % [40,41].

La molécule de choix pour le traitement des actinomycoses reste donc une bétalactamine avec, au premier plan, l'amoxicilline. Russo [70] préconise « la nécessité de traiter à la fois par de fortes doses de pénicilline et pour une durée prolongée les actinomycoses » et propose de la pénicilline G à raison de 18 à 24 millions d'unités par voie intra- veineuse pendant 2 à 6 semaines, puis de l'amoxicilline à raison de 500mg x 4/jour pendant 6 à 12 mois.

Smith [79] décrit la sensibilité de 6 espèces différentes d'*Actinomyces* (dont *A. israelii*) à 12 antibiotiques différents à partir de l'étude de 87 souches différentes. Toutes sont sensibles à la pénicilline et à l'amoxicilline (avec une concentration minimale inhibitrice inférieure (CMI) à 1mg/l). Toutes les souches sont résistantes à la ciprofloxacine (CMI \geq 1mg/l).

La sensibilité des *Actinomyces* aux beta- lactamines est donc la règle à quelques rares cas près ; ainsi en 2007, Metgud [54] rapporte un cas d'actinomycose cutanée à *A. viscosus* résistant à la pénicilline et traitée avec succès par le cotrimoxazole. En effet, les sulfonamides sont, avec les beta- lactamines, les premiers antibiotiques à avoir été décrits comme ayant une activité sur les *Actinomyces*.

Le traitement antibiotique long et à fortes doses repose sur la description d'échec et de rechute dans la littérature la plus ancienne [78]. C'est en 1957 que Harvey [35] préconise de prolonger le traitement et de majorer les doses. Ces auteurs pensent que cette antibiothérapie doit être intensive et prolongée [41, 77] à cause de la fibrose qui entoure la lésion nécrotique centrale et qui entraîne une hypovascularisation des tissus avoisinants. L'antibiothérapie peut être suffisante ou utilisée en association avec la chirurgie.

La question d'une réduction de la durée de l'antibiothérapie se pose. Ainsi dans des études récentes, une durée d'antibiothérapie plus courte est rapportée pour

des formes plus évoluées abdominales. Sudhakar [37] rapporte deux cas d'actinomycose traités avec succès après respectivement 9 jours et 8 semaines d'antibiotiques (4 jours d'association ampicilline et sulbactam en intraveineux suivi de 5 jours d'amoxicilline et acide clavulanique per os ; 2 semaines de pénicilline G en intra- veineux et 6 semaines de pénicilline V per os). Dans son article Sudhakar [37] cite plusieurs auteurs ayant rapporté des succès après un traitement plus court [5, 37, 38, 39, 42 , 53, 58, 59, 80, 87, 89].

Chez notre patiente, l'amoxicilline à raison de 2g/ jour pendant 3 mois a été utilisée se basant sur les travaux de plusieurs auteurs dont Harvey [35, 41, 77].

3-4-2 Place de la chirurgie

La chirurgie est souvent mutilante car le diagnostic est souvent erroné et la maladie confondue avec un cancer [67]. Tel a été le cas chez notre patiente.

La chirurgie est insuffisante seule pour traiter la pathologie selon certains auteurs comme Ghannouchi [26] qui a observé une récidive chez 2 de ses patientes après exérèse chirurgicale respectivement 6 mois et 3 ans après. Ceci pourrait être expliqué soit par la persistance de la porte d'entrée et/ou d'un foyer résiduel, ou par une résistance du germe à la doxycycline puisque elle n'a pas récidivé sous amoxicilline utilisé en 2^{ème} ligne.

Souvent, le génie évolutif et la nature même de la maladie nécessitent une intervention chirurgicale soit au stade de diagnostic, soit pour traiter un abcès ou

un retentissement de la fibrose sur un autre organe creux, notamment urinaire [44].

Chez notre patiente, le retentissement était digestif. La chirurgie avait été curative et complétée par une antibiothérapie à base d'amoxicilline (2 g par jour pendant 3 mois).

3-4- 3 Evolution

L'évolution des atteintes abdomino- pelviennes est habituellement bonne [7,].

L'évolution a été favorable chez notre patiente est favorable sans récidive à ce jour (9^{ème} mois post opératoire).

Conclusion

L'actinomycose abdominale est une pathologie rare, représentant le quart des localisations de l'actinomycose. Elle est causée par des *Actinomyces* de la famille des Actinomycineae, bactéries commensales du tube digestif et de l'appareil génital n'infectant l'homme qu'à l'occasion d'une effraction muqueuse. Son diagnostic est bactériologique et repose sur l'identification de la bactérie qui est souvent *A. israelii*. Son traitement est basé sur une antibiothérapie prolongée pouvant être parfois complétée par une chirurgie.

Cependant, ses manifestations cliniques et radiologiques sont non spécifiques et elle est souvent confondue avec un cancer. C'est pourquoi son diagnostic est souvent fait sur pièce opératoire après une résection digestive étendue et morbide.

Pour illustrer les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de la prise en charge de cette affection, nous rapportons un cas clinique. 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. 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. 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. La patiente n'a pas présenté de récidive au cours du suivi au 9^{ème} mois post- opératoire.

Une actinomycose abdominale devrait être évoquée à la TDM devant un processus tumoral et son extension avec un rehaussement hétérogène en périphérie après injection de produit de contraste et un épaissement pariétal sans respect des limites anatomiques. Cependant, l'indication de ponction biopsique devrait être discutée pour chaque cas puisque l'existence d'un cancer qui pourrait être propagé est toujours possible. Une antibiothérapie prolongée (pénicillines) est suffisante pour le traitement lorsque le diagnostic a pu être posé précocement.

La chirurgie peut être proposée pour les formes aiguës en première intention et en deuxième intention après l'antibiothérapie pour l'exérèse des résidus tumoraux ou pour diminuer la durée du traitement.

Le pronostic de cette pathologie est bon à condition que le foyer soit stérilisé.

REFERENCES

1- Annouam A, Loussaief C, Toumi A.

Six cas d'actinomycoses. Tun Infect 2011;5:99-100.

2- Azouz H, Chelly I, Rekik W.

Actinomycose abdominale avec une localisation colique. JAHG 2012;6:51-54.

3- Badre W.

Tuberculose digestive pseudo-tumorale. Magh Med 2002;22:208-211.

4- Baik J, Lee G, Yoo C.

Pulmonary actinomycosis in Korea. Resp 1999;4:31-35.

5- Bates M, Cruickshank G.

Thoracic actinomycosis. Thorax 1957;12:99-124.

6- Beaugerie L, Gay G.

Place de l'endoscopie dans les colites microscopiques. Acta Endosc 2004;34:253-254.

7- Benkrhaba K, Benkabbou A, El Malki H.

Actinomycose digestive. Trois cas et revue de la littérature. Gastroenterol Clin Biol 2006;5: 775-778.

8- Benromdhane F, Bouguerra C, Loussaief C.

Actinomycose digestive simulant une maladie de crohn. Rev Tun Infectiol 2007;1:33-35.

9- Bittencourt JA, Andreis EL, Lima EL.

Actinomycosis Simulating Malignant Large Bowel Obstruction. Bra J of Infect Dis 2004 ;8:186-189.

10- Bourrée P, Molitor MB.

Aspects actuels de l'actinomycose digestive. À propos d'un cas d'actinomycose hépatique. Ann Gastroentérol Hépatol 1988;24:17-19.

11- Bronstein JA , Caumes JL, Rousset J.

Pathologie de la Valve de Bauhin. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris). Gastro-entérologie 2004;9-066-F-10,7p.

12- Bubbico L, Caratozzolo M, Nardi F.

Actinomycosis of submandibular gland: an unusual presentation. Acta Otorhinolaryngol 2004;24:37-39.

13- Chatwani A, Amin-Hanjani S.

Incidence of actinomycosis associated with intrauterine devices. J Reprod Med 1994;39:585-587.

14- Cintron JR, Del Pinto A, Duarte B.

Abdominal Actinomycosis, report of two cases and review of litterature. Dis Colon Rectum 1996;39:105-108.

15- Col C, Col M, Albayrak L.

A Case Report of Abdominal Actinomycosis Associated with Prolonged Use of an Intrauterine Device. Antimic Infect Dis Newsletter 2002;20: 417-419.

16- David H, Pickhardt J.

CT Colonography versus Colonoscopy for the Detection of Advanced Neoplasia. N Engl J Med 2007;357:1403-1412.

17- Develoux M, Dieng MT, N'diaye B.

Mycétomes. Ecycl Med Chir (Elsevier, Paris). Maladies Infectieuses 2002;8-606-A-10-02, 11p.

18- Elsayes KM, Al-Hawary MM, Jagdish J.

CT enterography: principles, trends, and interpretation of findings. Radiographics 2010;30:1955-70.

19- Elazary R, Bala M, Almogy G.

Small Bowel Obstruction and Cecal Mass due to Actinomycosis. IMAJ 2006 ; 8:4-11.

20- Fa M, Hal a l A, Oudanane M.

Aspects cliniques et thérapeutiques de la maladie de crohn. Med Maghr 1995;51:11-18.

21- Filippou D, Psimitis I, Zizi D.

A Rare Case of Ascending Colon Actinomycosis Mimicking Cancer. BMC Gastroenterol 2005,5:1.

22- Fowler RC, Simpkins KC.

Abdominal Actinomycosis: A report of three cases. Clin Radiol 1983;34:301-307.

23- Garbin O, Hummel M, Camus E.

Actinomycose pelvienne : intérêt du diagnostic préopératoire. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994;23:395-401.

24- Garner JP, Macdonald M, Kumar PK.

Abdominal Actinomycosis. Inter J Surg 2006 ;20:1-8.

25- Gaspar N, Chalumeau M, Raymond J.

Actinomycose primitive de l'os iliaque chez l'enfant. Med Mal Infect. 2000;30:295-298.

26- Ghannouchi N, Kaabia N, Khalifa M.

Actinomycose abdominale. A propos de quatre cas. Tun Infectiol 2009;3:21-25.

27- Gning SB, Ndiaye A, Diallo I.

Actinomycose abdominale tumorale. Une observation au Sénégal. Med Trop 2011;71:499-500.

28- Groves C.

Studies of histogenesis of Actinomycosis. Microbiol Newslett 1996;15:1-2.

29- Goldwag S, Abbit PL, Watts B.

Case Report : Percutaneous Drainage of Periappendiceal Actinomycosis. Clin Radiol 1991;44:422-442.

30- Guinier D, Mathieu P, Baulard R.

Une Pseudocarcinose Péritonéale. Ann Chir 2005;130:86-89.

31- Ha HK, Lee HJ, Kim H.

Abdominal Actinomycosis : CT findings in 10 patients. AJR 1993 ;161:791-794.

32- Habib E, Aoura T, Mekkaoui M.

Actinomycose de l'appendice. Présentation de deux observations. Rev Med Int 2002;23:638-641.

33- Hablani N, Souei Mhiri M, Graies KT.

La tuberculose abdominale pseudo-tumorale A propos de 4 observations. *J Radiol* 2005;86:1021-1025.

34- Haj M, Nasser G, Loberant N.

Abdominal Actinomycosis presenting as rectal stricture. *Dig Surg* 2000;17:414-417.

35- Harvey J, Cantrell J, Fisher A.

Actinomycosis: its recognition and treatment. *Ann Intern Med* 1957 ;46:868-885.

36- Heudier P, Taillan B, Ferrari E.

Actinomycose Abdomino-Pelvienne à forme psudo-tumorale : Diagnostic par ponction sous échographie. *Rev Med Int* 1992;13:364-366.

37- Hirshberg A, Tsesis I, Metzger Z.

Periapical actinomycosis: a clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003 ;95:614-620.

38- Hsieh M, Liu H, Chang J.

Thoracic actinomycosis. *Chest* 1993;104:366-370.

39- Jamjoom A, Jamjoom Z, Al-Hedaithy S.

Actinomycotic brain abscess successfully treated by burr hole aspiration and short course antimicrobial therapy. *Br J Neurosurg* 2008;5:545-550.

40- Kabwa L, Mattei JP, Ramadane A.

Actinomycose abdominale. À propos d'un cas. *J Chir* 1996;133:348-352.

41- Kacem Ch, Puisieux F, Kammoun A.

Actinomycose abdominale. A propos de 3 cas et revue de la littérature. Ann Med Int 2000;151:243-247.

42- Kinnear W, Mac Farlane J.

A survey of thoracic actinomycosis. Respir Med 1990;84:57-59.

43- Koren R, Dekel Y, Ramadan E.

Periappendicai Actinomycosis Mimicking Malignancy : report of a case. Pathol Res Pract 2002;198:441-443.

44- Koutani A, Ibnatty A, Baroudi C.

Une cause rare de fibrose rétropéritonéale : l'actinomycose. Ann Urol 1996;30:89-93.

45- Lee IJ, Ha HK, Park CM.

Abdominopelvic Actinomycosis Involving the Gastrointestinal Tract: CT Features. J Radiol 2001;220:76-81.

46- Lee YC, Min D, Holcomb K.

Computed Tomography Guided Core Needle Biopsy Diagnosis of Pelvic Actinomycosis. Gynecol Oncol 2000;79:318-323.

47- Lewis R, McKenzie D, Bagg J.

Expérience with a novel selective medium for isolation of *Actinomyces Israellii* from médical and dental spécimens. J Clin Microbiol 1995;33:1613-1616.

48- Lin C, Hsu W, Tseng J .

Colonic Actinomycosis Presenting as Diffuse Colitis and Protein-Losing Entéropathy: A case report. Gastro Endosc 2003;58:33-38.

49- Liu K, David J, Ken L.

Abdominal actinomycosis presenting as appendicitis: two case reports and review. J Surg Case Reports 2016;5:1-3.

50- Louzi A, Rifki SE, Benamar Y.

Actinomycose colique. A propos d'un cas et revue de la littérature. Ann Chir 2005;30:101-103.

51- Mabrut J, Buc E, Zins M.

Prise en charge thérapeutique des formes compliquées de la diverticulite sigmoïdienne (abcès, fistule et péritonite). Gastroenterol Clin Biol 2007;31:27-33.

52- Mangin P, Vidrequin A, Poncelet T.

L'actinomycose péritonéale. Presse Med 1987;16:36-37.

53- Martin M.

The use of oral amoxycillin for the treatment of actinomycosis. A clinical and in vitro study. Br Dent J 1984;156:252-254.

54- Metgud S, Sumati H, Sheetal P.

Cutaneous actinomycosis: a rare case. Indian J Med Microbiol 2007;25:413-415.

55- Molina E, Delhom E, Gallix B.

Colites infectieuses, iatrogènes et autres colites rares. Ecycl Med Chir (Elsevier, Paris). Radiodiagnostic-Appareil Digestif, 2005 ;33-430-A-70 ,20p.

56- Morini S, Hassan C, Zullo A.

Submucosal nodules containing purulent fluid : A colonoscopic sign of Actinomycosis ? Gastrointest Endosc 2004;59:2-7.

57- Naf F, Enzler-Tschudy A, Kuster SP.

Abdominal Actinomycosis Mimicking a Malignant Neo- plasm. Surg Infect (Larchmt) 2014;15:462-463.

58- Nichols D, Herrell W.

Penicillin in the treatment of actinomycosis. J Lab Clin Med. 1948;33: 521-525.

59- Nielsen P, Novak A.

Acute cervico-facial actinomycosis. Int J Oral Maxillofac Surg 1987;16:440-444.

60- Noomene F, Zouari K, Kallel W.

L'actinomycose abdominale. 3 observations. Presse Med 2003;32:698-700.

61- Owen K, Flamery MT, Elaini AB .

Actinomycotic Tumor of The Abdominal Wall. Southern Medical Journal 2004;97:2-9.

62- Piper MH, Schaberg D, Ross M.

Endoscopic Detection and Therapy of Colonic Actinomycosis. Am J Gastroenterol 1992;87:1040-1042.

63- Pierre I.

Actinomycose : étude rétrospective sur 12 ans dans 3 hôpitaux d'Ile de France.

Université Paris Val-de-Marne, faculté de médecine de Creteil année 2009. Thèse numéro 58.

64- Platel JP, Terrier JP, Flandrin P.

Pseudotumeurs Appendiculaires : Diagnostics inhabituels. Ann Chir 1998;52: 326-330.

65- Podoshin L, Rosenman D, Fradis M.

Cervicofacial actinomycosis. Ear Nose Throat J. 1989;68:559-561.

66- Postal A, Detry O, Louis E.

Ileocaecal actinomycosis: report of a case simulating complicated inflammatory bowel disease. Acta Gastroenterol Belg 2001;1:318-320.

67- Rantomalala HY, Rakotoarisoa A, Rakotoarisoa AJC.

Un cas d'actinomycose abdominale chez un enfant malgache. Ann Chir 2003;128:394-396.

68- Richard JF, Slim K, Alexandre M.

Intérêt du drainage percutané des abcès intra abdominaux. J Chir 1995;132:43-44.

69- Richman M, Jeng A.

Intraabdominal Co-Infection with Mycobactérium Bovis and Actinomyces in an AIDS patient: The First Case and Review. J Infect 2007;55:115-118.

70- Russo TA.

Agents of Actinomycosis. In: Mandell GL, Bj, Dolin R, ed. Principles and practice of infectious diseases. 5th ed 2000 pp. 2645 -2654.

71- Sakrak O, Muderrisoglu I, Bedirli A.

Abdominal Actinomycosis Appearing as an Intraabdominal Tumoral Mass. Turk J Med Sci 2003;33:53-55.

72- Salvati M, Ciappetta P, Raco A.

Primary intracranial actinomycosis. Report of a case and review of the literature.

Zentralbl Neurochir 1991;52:95-98.

73- Sarkonen N, Kononen E, Summanen P.

Phenotypic identification of *Actinomyces* and related species isolated from human sources. J Clin Microbiol 2001;39:3955-3961.

74- Schaal KP, Lee HJ.

Actinomycete infections in humans-a review. Gene 2001;115(1- 2):201-211.

75- Sebald M.

Actinomycoses à bactéries anaérobies. Ecycl Med Chir (Elsevier, Paris).

Maladies Infectieuses. 1996;8-023-A-10, 6p.

76- Serghini M, Labidi A, Dabbibi H.

Actinomycose abdominale tumorale :à propos d'un cas. Tun Med 2014;92 :647-648.

77- Sevilla Chica F, Villalba Ferrer F, Domingo Del Pozo C.

Abdominal actinomycosis simulating Crohn's disease. Gastroenterol Hépatol 2001;24:300-302.

78- Shulman H.

Actinomycosis, pleural and abdominal, treated with penicillin: case report. Med Bull Vet Adm 1944 ;21:230-231.

79- Smith Aj, Hall V, Thakker B.

Antimicrobial susceptibility testing of *Actinomyces* species with 12 antimicrobial agents. *J Antimicrob Chemother* 1954;56:407-409.

80- Spilsbury B, Johnstone F.

The clinical course of actinomycotic infections: a report of 14 cases. *Can J Surg* 1962;5:33-48.

81- Sudhakar S, Ross J.

Short-term treatment of actinomycosis: two cases and a review. *Clin Infect Dis* 2004 ;38:444-447.

82- Sumer Y, Yilmaz B, Emre B.

Abdominal Mass Secondary to *Actinomyces* Infection. *J Postgrad Med* 2004; 50:115-116.

83- Tazi M.

Actinomycose iléo- cæcale. A propose d'un cas et revue de la littérature. Université Mohamed V, thèse médecine Maroc (Rabat) numéro 281, année 2008.

84- Tili-Graiess K, Arifa-Achour N, Mrad K.

Actinomycose abdominale. A propos de 4 observations radiocliniques. *J Radiol* 2001;82:67-72.

85- Valicenti JF, Pappas AA, Graber CD.

Detection and prevalence of IUD-associated *Actinomyces* colonization and related morbidity. A prospective study of 69 925 cervical smears. *JAMA* 1982;247:1149-1152.

86- Wagenlehmer FME, Mohren B, Naber KG.

Abdominal Actinomycosis. Clin Microbiol Infect 2003;9:881-885.

87- Walker J, Hamilton J.

The Treatment of Actinomycosis With Penicillin. Ann Surg 1945;121:373-374.

88- Yang S, Yau A, Lin J.

Colonoscopy in Abdominal Actinomycosis. Gastrointest Endosc 2000;51:2-10.

89- Yew W, Wong P, Wong C.

Use of imipenem in the treatment of thoracic actinomycosis. Clin Infect Dis 1994 ;19:983-984.

90-Yung EY, Choi SN, Park DJ.

Abdominal Actinomycosis Associated With a Sigmod Colon Perforation in a Patient With Ventriculopéritoneal Shunt. Yonsei Med J 2006;47:20-24.

91- 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.

Webographie

www.infectologie.org.tn consulté le 07/01/17 à 20h

Mémoire de chirurgie générale

L'actinomycose abdominale : une cause rare de pseudo-tumeur abdominale, à propos d'un cas

Introduction

L'actinomycose abdominale est une pathologie rare, causée par des *Actinomyces*. Son traitement est basé sur une antibiothérapie prolongée pouvant être parfois complété par une chirurgie. Cependant, ses manifestations cliniques et radiologiques sont non spécifiques et elle est souvent confondue avec un cancer. Pour illustrer les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de la prise en charge de cette affection, nous rapportons un cas clinique.

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 66 ans, ménopausée, revenue pour masse abdominale d'allure tumorale associée à des troubles du transit. Le tableau avait évolué durant 2 ans avant sa consultation. L'examen clinique notait une masse sensible du flanc droit. La TDM abdominale montrait une masse pseudo-tumorale hétérogène de l'angle colique droit, infiltrant la paroi abdominale antérieure avec épaississement d'une anse au contact. La patiente avait bénéficié d'une laparotomie. L'exploration montrait une masse pseudo-tumorale inflammatoire de l'angle colique droit étendue au grêle et au muscle transverse droit. La patiente avait bénéficié d'une héicolectomie droite emportant le muscle transverse droit et d'une anastomose iléo-colique termino-latérale. L'évolution avait été marquée à J8 par une péritonite post opératoire par lâchage du mur antérieur de l'anastomose. La patiente avait bénéficié, d'une anastomose iléo-colique termino-terminale. Les suites étant simples, la patiente avait été mise exeat à J12 post-opératoire. L'examen anatopathologique avait montré la présence de follicules actinomycosiques. La patiente avait été mise sous antibiothérapie complémentaire pendant 3 mois. La TDM abdominale de contrôle à M6 post opératoire était normale.

Conclusion

Il faudrait y penser à l'actinomycose abdominale devant une femme porteuse d'un DIU ou chez un patient avec des antécédents de chirurgie abdominale. Une actinomycose abdominale devrait être évoquée à la TDM devant un processus tumoral et son extension avec un rehaussement hétérogène en périphérie et un épaississement pariétal sans respect des limites anatomiques. Une antibiothérapie prolongée est suffisante pour le traitement lorsque le diagnostic a pu être posé précocement. La chirurgie peut être proposée pour les formes aigues en première intention et en deuxième intention après l'antibiothérapie pour l'exérèse des résidus tumoraux ou pour diminuer la durée du traitement. Le pronostic de cette pathologie est bon à condition que le foyer soit stérilisé.

Mots- clés : actinomycose abdominale, antibiothérapie, résection chirurgicale

Auteur : Dr Yacine Seye

yacine87@yahoo.fr

FMPO 2017/2018