

Actinomyose abdominale simulant le nodule de Sœur Marie Joseph

Abdominal actinomycosis simulating Sister Mary Joseph's nodule

KAMBIRÉ J-L.¹, ZOUNGRANA S-L.¹, OUÉDRAOGO S.¹, OUÉDRAOGO S.¹, BÉRÉ B. et ZIDA M.²

¹Centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya, Burkina Faso.

²Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

RÉSUMÉ

L'actinomyose est une infection bactérienne chronique. Elle est rare dans sa forme abdominale et peut parfois simuler une tumeur abdominale. Nous rapportons le cas d'une patiente de 25 ans, admise dans le Service de Chirurgie pour une tuméfaction ombilicale ovalaire, ferme, d'environ 4 cm de diamètre, peu sensible, évoluant depuis 2 semaines, faisant évoquer le nodule de Sœur Marie Joseph. L'exploration chirurgicale a permis de réaliser une biopsie épiploïque et pariétale dont l'examen histologique a conclu à une actinomyose.

L'actinomyose abdominale est rare. Elle peut se manifester par une symptomatologie pseudo-tumorale et l'histologie est indispensable pour la confirmation diagnostique.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 504-507

Doi : 10.30637/2021.20-083

ABSTRACT

Actinomycosis is a chronic bacterial infection. Abdominal location is rare and can sometimes simulate an abdominal tumor. We report the case of a 25-year-old woman admitted to the surgical department for a firm, umbilical swelling of about 4 cm in diameter, not sensitive, evolving for 2 weeks, evoking a Sister Marie Joseph's nodule. Surgical exploration resulted in an epiploic and parietal biopsy, the histological examination of which led to actinomycosis.

Abdominal actinomycosis is rare. It may be manifested by a pseudo-tumor symptomatology and histology is essential for diagnostic confirmation.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 504-507

Doi : 10.30637/2021.20-083

Key words : Actinomycosis, diagnosis, treatment, hospital, Ouahigouya, Burkina Faso

INTRODUCTION

L'actinomyose est une infection bactérienne chronique. Elle est rare dans sa forme abdominale et peut parfois simuler une tumeur abdominale. Au travers d'une observation, nous discutons les aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

OBSERVATION CLINIQUE

Une patiente de 25 ans est admise en consultation de chirurgie générale pour des douleurs péri-ombilicales évoluant depuis deux semaines dans un contexte fébrile sans autres signes associés. L'interrogatoire n'a pas trouvé de notion de port de dispositif intra utérin ni de corticothérapie en cours. Aucun antécédent de diabète, de traumatisme ou de chirurgie abdominopelvienne n'a été noté.

À l'examen, l'état général était conservé, les conjonctives étaient colorées et elle présentait une assez bonne hygiène buccodentaire. La température était à 38°C. L'examen

locorégional trouvait une tuméfaction péri-ombilicale ovalaire d'environ 4 cm de diamètre, ferme et douloureuse. Le reste de l'abdomen était souple, dépressible et indolore, les bruits hydro-aériques étaient perçus à l'auscultation. Nous avons alors évoqué le diagnostic de nodule de Sœur Marie Joseph ou une tumeur pariétale abcédée.

L'échographie de la tuméfaction mettait en évidence une formation épiploïque sous cutanée et concluait à une hernie ombilicale étranglée. Le bilan biologique révélait une numération blanche à 6.500/mm³, un taux d'hémoglobine à 11,7 g/dl, une glycémie à 5,77 mmol/l et une créatinémie à 43,35 micromole/l.

Une exploration chirurgicale a été retenue. En peropératoire, une tumeur pariétale abcédée infiltrant le grand omentum a été découverte. Par ailleurs, on observait des granulations jaunâtres au sein de cette cavité et sur l'épiploon (figures 1 et 2). Une aspiration de 50 cc de pus, une biopsie épiploïque et pariétale, une toilette de la cavité abdominale et de la paroi abdominale ont été réalisées.

Figure 1

Vue peropératoire montrant la cavité d'abcès de la paroi abdominale antérieure.



Figure 2

Vue peropératoire de l'atteinte épiploïque parsemée de granulations jaunâtres.



Le traitement postopératoire était à base d'amoxicilline et d'acide clavulanique injectable et d'antalgique à base de paracétamol injectable. L'examen bactériologique n'a pas pu être réalisé par manque de réactifs appropriés. C'est l'examen histologique qui a conclu à une actinomycose en mettant en évidence une réaction inflammatoire périphérique au sein de laquelle on observait des granulations jaunâtres contenant des filaments ramifiés positifs à la coloration PAS.

Les suites opératoires immédiates ont été favorables et la patiente a quitté l'hôpital au bout de quatre jours d'hospitalisation. Une antibiothérapie par voie orale à base d'amoxicilline pour une durée de six mois a été prescrite. Les contrôles cliniques à un mois, trois mois et six mois étaient satisfaisants avec la disparition de la tuméfaction périombilicale.

DISCUSSION

L'actinomycose est une infection bactérienne chronique suppurative granulomateuse. Il s'agit d'une pathologie rare dans sa forme abdominale. Kerata *et al.* ont colligé 7 cas en 13 ans². Elle est causée le plus souvent par *Actinomyces israelii*³. Il s'agit d'un bacille à Gram positif, anaérobie et commensal de la cavité buccale, du tractus gastro-intestinal et de la flore génitale féminine^{4,5}. L'infection à *Actinomyces israelii* peut être secondaire à une effraction de la muqueuse intestinale par traumatisme, chirurgie abdominopelvienne, infection, perforation appendiculaire ou diverticulaire

ou des maladies inflammatoires locales ou lors d'une immunodépression pour diabète, pour corticothérapie ou pour un cancer¹. Chez la femme, l'actinomycose est souvent associée au port d'un dispositif intra-utérin³. Dans certains cas, comme dans notre observation, aucun antécédent médicochirurgical n'est identifié et l'infection semble idiopathique. Si pour certains auteurs, l'actinomycose est une infection à prédominance masculine avec un sex-ratio de 3/1^{1,6}, d'autres séries affirment sa prédominance féminine : 75 % des cas dans la série de Wagenlehmer et collaborateurs⁷.

La forme abdominale de l'actinomycose représente 20 à 25 % des cas et est le deuxième site après les localisations cervico-faciales estimées à 50 % des cas³. Sur le plan clinique, l'actinomycose abdominale se caractérise par une double symptomatologie locale et générale. Localement, le syndrome tumoral est au premier plan ; cette pseudotumeur peut s'étendre aux organes de voisinage, s'abcéder et se rompre ou se fistuliser. Plusieurs signes comme les douleurs abdominales, des troubles du transit ou des ménorragies peuvent être observés.

Sur le plan général, le syndrome infectieux est plus ou moins marqué et peut être associé à une certaine altération de l'état général⁹. Cependant, le diagnostic clinique de l'actinomycose abdominale reste difficile et est rarement évoqué en préopératoire : 10 % à 17 % des cas⁸.

Ce faible degré de suspicion clinique préopératoire majore les indications chirurgicales. L'observation cli-

nique présentée dans cette étude simulait le nodule de Sœur Marie Joseph : métastase cutanée ombilicale d'un adénocarcinome digestif ou génital¹⁰.

L'imagerie ne présente pas de signes spécifiques permettant d'établir un diagnostic formel. En effet, Graïess et collaborateurs révèlent à l'échographie et au scanner, des masses abdominales volumineuses, mal limitées, infiltrantes, se rehaussant de façon hétérogène après contraste iodé intraveineux¹¹. Sinzelle *et al.* affirment la part peu contributive de l'échographie dans le diagnostic de l'actinomycose comme notre observation. Ils notent au scanner des lésions à prédominance solide tissulaire avec des plages de nécrose centrale ou plus rarement une masse kystique à cloisons épaissies¹². En outre, l'imagerie peut permettre des biopsies écho-guidées ou scanno-guidées, évitant une chirurgie non justifiée. Le diagnostic de certitude de l'actinomycose est bactériologique par la mise en évidence du germe dans les prélèvements pathologiques. Cependant, ces examens bactériologiques ne sont positifs qu'une fois sur deux dans les conditions optimales¹³ eu égard à la lente croissance du germe et à sa sensibilité accrue à l'oxygène¹⁴. Aussi, l'examen histologique de la biopsie ou de la pièce d'exérèse en permettant la mise en évidence de grains ou de follicules actinomycosiques après coloration au PAS établit le diagnostic comme dans notre observation.

Le traitement de l'actinomycose abdominale est médical, mais la chirurgie peut parfois occuper une place de choix dans ce traitement, car certaines lésions sont

justiciables d'une exérèse chirurgicale du fait des difficultés et /ou des retards diagnostiques. En outre, la réalisation d'une biopsie ou d'une exérèse peut être le point de départ de l'histologie en cas d'actinomycose abdominale. Cependant, la méconnaissance de ces lésions d'actinomycose peut conduire à une chirurgie inutile voire dangereuse¹⁵.

Dans notre observation, nous avons opté pour une biopsie première au détriment d'une chirurgie d'exérèse pariétale qui aurait été mutilante et injustifiée. Mais le traitement étiologique de cette affection est indispensable et est fondé sur la pénicilline qui reste l'antibiotique de choix. Cependant, il n'existe pas de consensus sur la durée de ce traitement, qui varie suivant les auteurs de six mois à 12 mois, voire 18 mois^{2,15}. Ce traitement doit être personnalisé en fonction de l'atteinte initiale, de la localisation de l'infection, de la sévérité de la symptomatologie, des comorbidités et de la réponse clinique et biologique. L'absence ou l'insuffisance d'une antibiothérapie adaptée est source de récurrences comme certaines observations faites par Jaafoura *et al.*¹⁵. Une deuxième récurrence a même été observée dans un cas de la série de Jaafoura *et al.*¹⁵. La persistance d'une porte d'entrée et/ou d'un foyer résiduel voire la résistance du germe pourraient être incriminées. La prise en charge optimale des récurrences requiert l'identification et l'éradication de la porte d'entrée et/ou du foyer résiduel associé à une adaptation de l'antibiotique en tenant compte de la sensibilité du germe en cause.

CONCLUSION

L'actinomycose est une maladie infectieuse chronique ; elle est rare dans sa forme abdominale. Son diagnostic clinique est difficile, mais il faut savoir y penser devant une tumeur abdominale d'évolution insidieuse, même en l'absence de facteurs de risques habituels afin de réduire les indications chirurgicales non toujours justifiées.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Romdhane FB, Bouguerra CH, Loussaief C, Ben Fredj F, Zakhama A, Chakroun M *et al.* Actinomycose digestive simulant une maladie de Crohn. *Rev Tun Infectiol.* 2007;1(4) :33-5.
2. 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.* 2010;31(11):735-41.
3. Elhassani ME, Babahabib A, Kouach J, Kassidi F, El Houari Y, Moussaoui D *et al.* Actinomycose pelvienne pseudo tumorale associée au dispositif intra-utérin : à propos de trois cas [Pseudo tumor pelvic actinomycosis associated with intrauterine device: report of three cases]. *Pan Afr Med J.* 2014;19:87.
4. Abid M, Amar MB, Feriani N, Damak Z, Cheikhrouhou H, Khalif M *et al.* Actinomycose pelvienne pseudotumorale : à propos de deux cas [Pelvic pseudotumoral actinomycosis: two cases]. *Rev Med Interne.* 2010;31(3):232-5.
5. Bittar I, Cohen Solal JL, Cabanis P- L'actinomycose abdomino-pelvienne. *Ann Chir.* 2001;126 (5):494-6.
6. Kacem C, Puisieux F, Kammoun A, Morched Abdesselam M, Zaouche A. Actinomycose abdominale. A propos de trois cas et revue de la littérature [Abdominal actinomycosis. Report of three cases and review of the literature]. *Ann Med Interne (Paris).* 2000;151(4):243-7.
7. Wagenlehner FM, Mohren B, Naber KG, Männl HF. Abdominal actinomycosis. *Clin Microbiol Infect.* 2003;9(8):881-5.
8. Elhassani ME, Babahabib A, Kouach J, Kassidi F, El Houari Y, Moussaoui D *et al.* Actinomycose pelvienne pseudo tumorale associée au dispositif intra-utérin : à propos de trois cas [Pseudo tumor pelvic actinomycosis associated with intrauterine device: report of three cases]. *Pan Afr Med J.* 2014;19:87.
9. Brook I- Actinomycosis diagnosis and management. *South Med J.* 2008;101:1019-23.
10. Dubreuil A, Domp Martin A, Barjot P, Louvet S, Leroy D. Umbilical metastasis or Sister Mary Joseph's nodule. *Int J Dermatol.* 1998;37(1):7-1.
11. Tlili-Graïess K, Arifa-Achour N, Mrad Dali K, Sriha B, Dahmen Y, Bakir D *et al.* Actinomycose abdominale. A propos de 4 observations radiocliniques [Abdominal actinomycosis. Report of 4 clinical cases studied with radiography]. *J Radiol.* 2001;82(1):67-72.
12. Sinzelle E, Alexandre I, Aziza G, Couzigou C, Bellin MF. Un cas d'actinomycose pelvienne: aspect scannographique et en imagerie par résonance magnétique [Pelvic actinomycosis: CT and MR imaging features]. *J Radiol.* 2009;90(12):1859-61.
13. Rantomalala HY, Rakotoarisoa A, Rakotoarisoa AJ, Rajao-narison P, Rasoloarivalona F, Razafindramboa H. Un cas d'actinomycose abdominale chez un enfant malgache [One case of abdominal actinomycosis in a malagasy child]. *Ann Chir.* 2003;128(6):394-6.
14. Sakrak O, Muderrisoglu I, Bedirli A *et al.* Abdominal actinomycosis appearing as an intra-abdominal tumoral mass. *Turk J Med Sci.* 2003;33:53-5.
15. Jaafoura NG, Kaabia N, Khalifa M *et al.* Actinomycose abdominale. A propos de 4 cas. *Rev Tun Infectiol.* 2009 ;3(1):21-5.

Travail reçu le 21 octobre 2020 ; accepté dans sa version définitive le 19 janvier 2021.

AUTEUR CORRESPONDANT

J.-L. KAMBIRE

Centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya

Service de chirurgie générale

GJR4+QCQ

Ouahigouya, Burkina Faso

E-mail : jeanluckambire@yahoo.fr