Gynécologie Obstétrique & Fertilité 38 (2010) 307–312

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Article original

Actinomycose pelvienne : est-ce prévisible ?

Pelvic actinomycosis: Just think of it!

H. Marret *, N. Wagner, L. Ouldamer, A. Jacquet, G. Body

Pôle de gynécologie, obstétrique, médecine fœtale, reproduction humaine et génétique, hôpital Bretonneau, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex 1, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 8 janvier 2010
Accepté le 6 mars 2010

Mots clés :
Actinomyces
Actinomycose pelvienne
Stérilet
Abcès ovaire
Tumeur annexielle

RÉSUMÉ

Objectif. – Les formes cliniques de l'actinomycose pelvienne sont multiples et sévères ; souvent l'actinomycose prend l'aspect d'une pelvipéritonite, d'une occlusion fébrile ou d'un tableau tumoral (tumeur de l'ovaire ou du côlon). Notre objectif a été de retrouver les patientes porteuses de tableaux chirurgicaux d'actinomycose pour définir des critères évocateurs en préopératoire.
Patientes et méthodes. – Onze cas d'actinomycose abdominopelvienne d'origine gynécologique ont été recensés de 1994 à 2008 ; nous les avons rapportés et comparés à 58 cas issues de la littérature.
Résultats. – Sept patientes présentaient un tableau septique sévère avec ou sans occlusion nécessitant une prise en charge chirurgicale, quatre patientes ont été opérées avec le diagnostic suspecté de cancer de l'ovaire. Nous avons comparé nos résultats à 58 cas de la littérature. Le point commun est l'existence d'un stérilet présent depuis huit ans en moyenne. Le scanner pelvien et l'échographie sont les deux éléments du diagnostic, mais ils sont peu spécifiques, l'IRM peut aider au diagnostic. Le diagnostic préopératoire par frottis cervicovaginal, culture du stérilet, ponctions d'abcès profonds sous échographie ou scanner n'a été fait qu'une fois dans notre série et il est rare dans la littérature. En cours d'intervention, il faut demander un examen extemporané, qui permettra de limiter les dissections difficiles et dangereuses, les chirurgies larges et délabrantes : 45 % de chirurgies extrapelviennes, 45 % d'annexectomies et 27 % d'hystérectomies pour notre expérience. L'antibiothérapie pendant au moins deux mois est indispensable et permet la guérison dans 100 % des cas mais le recours à la chirurgie est fréquent soit devant l'absence de diagnostic de certitude, soit pour optimiser l'antibiothérapie en accélérant la guérison.
Discussion et conclusion. – Tout syndrome septique pelvien et/ou abdominal dans un contexte de stérilet doit faire penser à l'actinomycose ; en l'absence de fièvre, sur une intervention pour tumeur de l'ovaire atypique, une analyse extemporanée doit être demandée.
© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Pelvic intrauterine disease (PID)
Actinomycosis
Intrauterine device
Pelvic abscess
Adnexal tumor

ABSTRACT

Objectives. – Pelvic actinomycosis is a rare disease that can be diagnosed before, during or after surgical treatment of a suspected ovarian tumor, a suspected bowel obstruction, or acute peritonitis. The possibility of early detection of pelvic or abdominal abscess related to was evaluated through a personal series and literature review.
Patients and methods. – Our series of 11 cases of severe abdominal or pelvic actinomycosis is related and compared to 58 cases reported in the literature.
Results. – Seven patients in this series were diagnosed with pelvic inflammatory disease and acute peritonitis with or without bowel obstruction, and four women were diagnosed after surgical treatment for suspected ovarian cancer. Fifty-two of the 58 cases of reproductive tract actinomycosis reported in the literature review and all our cases were associated with prolonged use of an intrauterine contraceptive device with a mean of eight years. The contribution of pelvic ultrasound and angioscanner in evaluating these patients should not be underestimated and MRI may be useful in some cases as well. Early diagnosis based on *Actinomyces*-positive cervical smears or abscess aspiration was accomplished only once in our series and was rare in literature. A histopathologic diagnosis during laparoscopy or

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : marret@med.univ-tours.fr, h.marret@chu-tours.fr (H. Marret).

1297-9589/$ – see front matter © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.gyobfe.2010.03.006

laparotomy could avoid more difficult and extensive surgery. In our series of 11 patients, five women required abdominal surgery, five required salpingo-oophorectomy and three required hysterectomy. All women required surgical intervention. Effective treatment combined long antibiotic therapy with surgery. Correct preoperative diagnosis is rare but if achieved, long-term treatment with penicillin for at least two months and sometimes up to a year may completely eradicate the infection. Surgery may still be necessary to improve medical treatment or to resolve pelvic abscesses.

Discussion and conclusion. – Any pelvic abscess occurring in a woman with a history of long-term use of an intrauterine device should be considered as possible pelvic actinomycosis. If there is no fever in association with an atypical adnexal tumor, frozen section should be obtained during surgery to rule out the diagnosis of actinomycosis.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'actinomycose génitopelvienne représente 5 % des cas d'actinomycose [1]. Il s'agit d'une maladie suppurative, ou avec abcès, le plus souvent en rapport avec un dispositif intra-utérin en place depuis plusieurs années. Si la fréquence sur les frottis des patientes ayant un dispositif intra-utérin est proche de 7 %, le nombre d'infections sévères pelviennes est lui très faible avec une incidence de 1/1000 cas positifs au frottis [2], soit une estimation d'un peu plus de 120 cas par an en France.

Le diagnostic se fait souvent après une période de douleurs chroniques associée à des symptômes gynécologiques ou digestifs. Les patientes peuvent également présenter une pelvipéritonite ou un épisode subaigu faisant suspecter une tumeur, ovarienne le plus souvent.

Le diagnostic est presque toujours anatomopathologique car la mise en évidence bactériologique d'*Actinomyces israelii* est très délicate du fait du caractère strictement anaérobie de la bactérie.

La prise en charge de cette infection est variable, difficile à codifier du fait de la rareté de la pathologie et de sa présentation polymorphe. Le traitement est très souvent chirurgical suivi d'une antibiothérapie dont la durée varie selon les équipes.

À partir de 11 cas recensés à Tours entre 1994 et 2008 associés à une revue de la littérature, nous avons tenté de définir des éléments de prise en charge pratique de l'actinomycose génito-pelvienne et de recenser les éléments permettant de suspecter le diagnostic.

2. Patientes et méthodes

Nous avons analysé les cas survenus au CHU de Tours à partir de 1994 relevant les éléments diagnostiques et thérapeutiques importants, selon notre expérience ainsi que des données de la littérature, afin d'essayer d'établir une prise en charge type.

Nous avons de même relevé ces éléments dans les articles internationaux anglophones. Tous les cas cliniques, issus d'articles comprenant trois observations ou plus d'actinomycose pelvienne, ont été détaillés, cas par cas.

Ce travail nous a permis de comparer notre série à celle issue de la littérature.

Les critères étudiés étaient :

- l'âge de survenue ;
- le mode de découverte (douleur pelvienne chronique ou subaiguë, fièvre, masse pelvienne, métrorragies, leucorrhées, amaigrissement, signes digestifs, hydronéphrose, suspicion de cancer) ;
- la présence ou non de stérilet et la durée de port ;
- les signes biologiques (syndrome inflammatoire, CA 125) ;
- le type de prise en charge (biopsie ou prélèvement à visée diagnostique, chirurgie et/ou antibiothérapie) ;
- le type de chirurgie ;
- le type et la durée de l'antibiothérapie ;
- le moyen de diagnostic de certitude : histologie ou bactériologie ;
- l'évolution : guérison, récidive, possibilité de grossesse ultérieure.

3. Résultats

3.1. Notre série

Nous avons pu recenser 11 cas d'actinomycose abdominopelvienne d'origine gynécologique.

Les patientes avaient entre 31 et 59 ans, avec une moyenne de 47 ans. Dans tous les cas, elles étaient porteuses d'un dispositif intra-utérin dont la durée de port variait entre deux et 32 ans (moyenne : 8,7 ans).

Elles présentaient toutes un syndrome inflammatoire biologique et dans les deux cas où il a été dosé, le marqueur tumoral CA 125 était augmenté d'une à deux fois la normale. Une échographie pelvienne et un scanner abdominopelvien ont été proposés à presque toutes les patientes et nous ont orienté vers un abcès pelvien, un cancer de l'ovaire ou un syndrome occlusif. Un seul cas avait été suspecté (n° 11) mais un doute avec un cancer de l'ovaire établi sur un second scanner pour inefficacité de l'antibiothérapie a poussé à la laparotomie.

Nous avons pu mettre en évidence trois tableaux différents de présentation clinique ayant tous conduit à une prise en charge chirurgicale. Pour deux femmes, les antibiotiques ont été débutés en préopératoire : quelques heures avant dans le cas 6 et débutés dix jours avant dans le cas 11.

3.1.1. Abcès pelvien ou pelvipéritonite

Dans cinq des cas cliniques (n° 2-6-8-9-10), les patientes ont été opérées pour abcès pelvien ou pelvipéritonite (Fig. 1). Il a été retrouvé de très nombreuses adhérences digestives et gynécologiques incluant l'uretère dans deux des cas avec répercussion sur le haut appareil urinaire. Au minimum, une adhésiolyse étendue avec annexectomie ont été nécessaires. À deux reprises le geste chirurgical a été complété par une résection-anastomose du grêle et une fois par une hystérectomie. Dans le cas n° 2, les soins postopératoires ont nécessité 48 heures de réanimation chirurgicale avec mise en place d'une sonde JJ.

3.1.2. Syndrome occlusif fébrile

Deux des patientes ont été opérées pour syndrome occlusif fébrile (cas n° 3 et 5), ce qui a permis de découvrir un abcès d'origine annexielle. Une résection-anastomose du grêle a également été nécessaire (Fig. 2).

3.1.3. Suspicion de cancer de l'ovaire

Dans quatre cas (cas n° 1-4-7-11), les patientes ont été opérées pour suspicion de cancer de l'ovaire, dont un suspect de métastases

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3950447

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3950447

Daneshyari.com