

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2007
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2007*

DIU (dispositif intra-utérin) et actinomycoses : le point de vue du chirurgien

S. DOUVIER, S. OGER-CHARRA, J.-J. TERZIBACHIAN *
(Dijon)

L'actinomycose est une infection bactérienne granulomateuse suppurative subaiguë ou chronique. Elle est due à un bacille gram positif, anaérobie strict, de croissance lente, appartenant à la famille des *actinomyces*. Il est asporulé, filamenteux, septé et ramifié, et appartient à la flore de Veillon. Le plus fréquemment rencontré est l'*Actinomyces israelii*. Plus rarement, on retrouvera un *Actinomyces meyeri*, *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces viscosus* ou *Actinomyces erikonii*. Ils sont saprophytes des muqueuses oropharyngées, de l'arbre trachéobronchique, des muqueuses intestinales et génitales [37, 39]. L'actinomycose concerne dans plus de la moitié des cas la région cervico-faciale. Dans 20 %, il s'agit d'une localisation thoracique et dans 15 à 20 % une localisation digestive, en particulier iléo-caecale. La localisation pelvienne est rare ; elle représente moins de 5 % des cas d'actinomycose.

Pour certains, *Actinomyces israelii* est un saprophyte du tractus génital avec un portage sain [29] chez 2,8 à 11,6 % des femmes porteuses de stérilet [5]. Il a été identifié sur des frottis cervicovaginaux de femmes non porteuses de DIU [10, 12] et certains auteurs considèrent

* CHU Dijon – 10 bd de Lattre de Tassigny – 21000 DIJON

que le développement d'une actinomycose pelvienne ne peut être que secondaire à la colonisation pelvienne du germe à partir d'un foyer iléo-cæcal [3].

Mais la majorité des cas d'actinomycose pelvienne a été décrite en association avec un DIU. Henderson [22] a le premier décrit la relation entre le portage d'un DIU et le développement d'un abcès pelvien à *actinomyces*. Wright, l'année suivante, a même estimé à 7 % le risque d'infection à *actinomyces* chez les patientes porteuses de stérilet par rapport à un risque de 1 % pour une population générale [42]. Toutefois, l'infection pelvienne ou actinomycose pelvienne reste rare. En effet, normalement, les *actinomyces* ne franchissent pas la barrière muqueuse. Mais à la faveur d'une lésion de cette muqueuse et en particulier, pour les muqueuses génitales, à l'occasion de nécrose focale de l'endomètre due au traumatisme d'un stérilet, la bactérie va pénétrer dans des tissus faiblement oxygénés puis, sous l'action conjuguée avec d'autres bactéries comme *Peptostreptococcus* ou *Fusobacterium*, va lentement se développer jusqu'à la suppuration subaiguë ou chronique et progresser vers les trompes puis le pelvis. L'infection formera un aspect pseudo-tumoral qui aura tendance à se fistuliser vers les organes de voisinage ou la peau [1, 15].

L'actinomycose pelvienne peut se présenter sous différents aspects cliniques : vraisemblablement une longue période avec peu de symptômes, parfois un syndrome douloureux pelvien, ou un tableau infectieux plus ou moins franc mais c'est aux stades pseudo-tumoral, d'abcès pelvien ou de pelvipéritonite que le chirurgien sera le plus souvent confronté.

De même, le bilan biologique peut être normal, montrer un syndrome inflammatoire, voire une augmentation des marqueurs tumoraux. L'imagerie n'est pas spécifique. L'échographie et le scanner retrouvent fréquemment une masse tumorale pelvienne d'aspect hétérogène.

Cette grande variabilité de présentations cliniques et paracliniques rend le diagnostic d'actinomycose difficile. Celui-ci est fait le plus souvent grâce aux différents prélèvements réalisés lors d'une chirurgie initiale [17, 19, 31, 40].

Pourtant, cette chirurgie peut se révéler difficile et être frappée d'une morbidité postopératoire non négligeable. Le traitement médical, quant à lui, comprend une antibiothérapie avec une pénicilline G sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Clairement, pour le chirurgien, se pose le problème du diagnostic de l'origine actinomycosique d'un syndrome pelvien pseudo-tumoral ou infectieux. Le diagnostic posé, il devra opter pour la stratégie la

plus efficace et la moins délétère souvent dictée par le contexte clinique afin d'éviter les complications opératoires et les exérèses inutiles. Enfin, il nous faudra aborder la démarche pratique devant un frottis suspect d'infection à *actinomyces* chez une femme porteuse d'un DIU.

Pour répondre à ces différentes questions, nous allons nous appuyer sur une série personnelle de 10 cas d'actinomyose pelvienne et une revue de la littérature.

CAS CLINIQUES

Il s'agit d'un travail rétrospectif portant sur 10 ans (1996 - 2006) incluant 7 patientes prises en charge au CHU de Dijon et 3 patientes prises en charges au CHR de Belfort. Pour tous ces dossiers, le diagnostic d'infection pelvienne à *actinomyces* a été prouvé soit par analyse des prélèvements bactériologiques, soit le plus souvent par l'histologie de biopsies ou de pièces d'exérèse avec la mise en évidence des grains de sulfure. Toutes ces patientes étaient porteuses d'un stérilet au moment du diagnostic ou juste avant celui-ci. Ces stérilets étaient majoritairement au cuivre avec un seul stérilet à la progestérone (Mirena®). Tous les stérilets étaient en place depuis plus de 3 ans avec une moyenne d'environ 7 ans. Les tableaux I et II résument les aspects cliniques et biologiques ainsi que les traitements réalisés chez nos 10 patientes. On constate que le diagnostic premier d'actinomyose pelvienne n'a été fait qu'une seule fois (cas n° 4) ; pour tous les autres cas, le diagnostic a été fait suite à la chirurgie première ou la chirurgie seconde. Les tableaux cliniques étaient principalement celui d'une infection à caractère subaigu ou chronique (5 cas sur 10), celui d'une tumeur annexielle plus ou moins suspecte de malignité dans 4 cas sur 10 ou un syndrome douloureux chronique sans fièvre pour un cas. Les patientes étaient fébriles dans 7 cas sur 10, présentaient une pyorrhée dans 5 cas sur 10, un syndrome compressif urinaire dans 3 cas, et digestif dans un cas. Sur le plan biologique, toutes les patientes avaient un syndrome inflammatoire avec une forte anémie, une hyperleucocytose et une C Réactive Protéine élevée. Dans 3 cas, le Ca 125 était augmenté entre 2 et 3 fois la normale. Les examens complémentaires ont compris dans tous les cas une échographie. Celles-ci n'étaient pas spécifiques ; elles montraient des images écho-gènes, hétérogènes avec plus ou moins un épanchement pelvien ou

Tableau n° 1 : aspect clinique et biologique des cas cliniques d'actinomycose pelvienne

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6	Cas 7	Cas 8	Cas 9	Cas 10
Âge	46 ans	52 ans	43 ans	42 ans	42 ans	51 ans	40 ans	49 ans	44 ans	50 ans
Insertion du DIU	6 ans	2 ans	?	4 ans	13 ans	7 ans	6 ans	5 ans	?	6 ans
Syndrome clinique	Tumoral puis Infectieux	Infectieux	Infectieux	Infectieux	Infectieux	Tumoral, douloureux	Douloureux et tumoral	Infectieux et tumoral	Douloureux	Infectieux
Altération de l'état général	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Syndrome fébrile	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui
Pyorrhée	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui
Syndrome compressif	Non	Non	Syndrome subocclusif	Dysurie	Dilatation pyélocaliciale	Non	Non	Urétrale droite	Non	Non
Biologie	S inf	S inf	S inf	S inf	S inf	S inf	S inf	S inf	S inf	S inf
CA125	↗	NR	NR	↗	NR	↗	NR	NR	NR	NR
Diagnostic initial?	K de l'ovaire	Pyosalp	Pyosalp	Actino	Abcès ovaire	K de l'ovaire	Kyste ovaire	Nécrobiose septique	Pyosalpinx	Abcès pelvien
NR : Non réalisé, S inf : Syndrome Inflammatoire biologique, K : Cancer, Pyosalp : pyosalpinx, Actino : Actinomycose										

Tableau n° II : modalités diagnostiques, germes associés, traitement et complications

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6	Cas 7	Cas 8	Cas 9	Cas 10
Diagnostic	Pièce	Pièce +frottis ant	Biopsie	Pièce	Pièce	Pièce	Pièce	Pièce	Biopsie	Biopsie
Actinomycose			endomètre			+cytologie			endomètre	endomètre
Autre germe	<i>Streptococcus constellus</i>	<i>E. Coli</i> <i>Peptostrepto</i>	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Stérile	Stérile	Non fait	<i>Fusobactérium nucleatum</i>	Stérile	Stérile
Traitement	Metro, Genta, Doxi	Genta, Metro, Augm	Augm, Oflo	Augm,	Claf, Metro	Augm	Augm	Augm, Oflo	Augm	Augm, Metro
Chirurgie première	Drainage	Annexectomie	Salpingotomie	Annexectomie	Non	lavage	Réséction iléocaecale	Hystérectomie annexes+appendice	Non	Drainage
Chirurgie secondaire	Annexectomie	Non	Salpingectomie	Hystérectomie	hystérectomie	Annexectomie	Non	Non	Non	Non
Suites	Fistule digestive	Simple	Simple	Simple	Simple	Simple	Simple	Simple	Simple	Simple

ant : antérieur; **Genta** : gentamycine, **Doxi** : doxycycline, **Metro** : Métronidazole, **Augm** : Augmentin, **Oflo** : ofloctet, **Claf** : Claforan,
Pièce : pièce d'exérèse

abdominal (Fig. 1). Le scanner, quand il était réalisé, apportait peu de renseignements complémentaires. Il permettait le diagnostic différentiel avec un syndrome appendiculaire et précisait les relations avec les organes de voisinage (Fig. 2). Il n'a pas été réalisé d'IRM dans cette série. Une chirurgie première, le plus souvent de nécessité, a été réalisée dans 8 cas sur 10. Dans tous les cas, l'intervention a commencé par une coelioscopie. Il y a eu 2 laparo-conversions. Dans 4 cas il s'agissait d'une chirurgie de lavage et drainage simple et dans 4 autres cas d'une chirurgie d'exérèse : 2 annexectomies, 1 hystérectomie et une résection iléo-caecale. Une chirurgie secondaire a été réalisée entre 2 jours et presque un an dans 5 cas. Dans 2 cas, il s'agissait d'une coelioscopie, et dans 3 cas, d'une laparotomie. Les indications étaient la péritonite dans 2 cas, la persistance d'une masse douloureuse dans 2 cas et systématique dans un cas. Il s'agissait toujours d'une chirurgie d'exérèse : 3 annexectomies ou salpingectomie et deux hystérectomies. Dans un seul cas, la chirurgie a pu être évitée, le diagnostic d'actinomycose ayant été fait sur une biopsie d'endomètre. Outre la chirurgie secondaire, on déplore une complication postopératoire : une fistule digestive qui s'est résolue spontanément dans les 10 jours. Dans tous les cas, sauf un, le diagnostic d'actinomycose n'a été fait qu'*a posteriori*.

Figure 1 : Aspect échographique d'une masse actinomycosique annexielle.

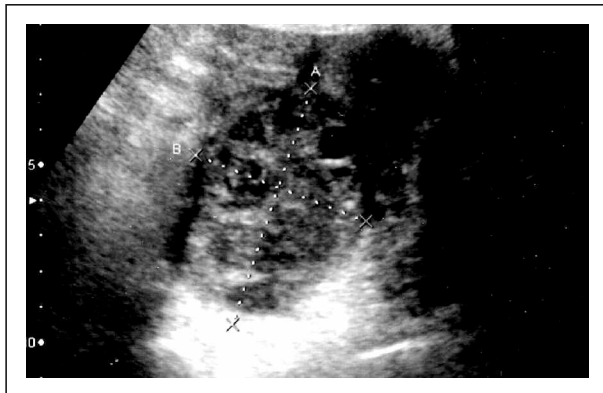
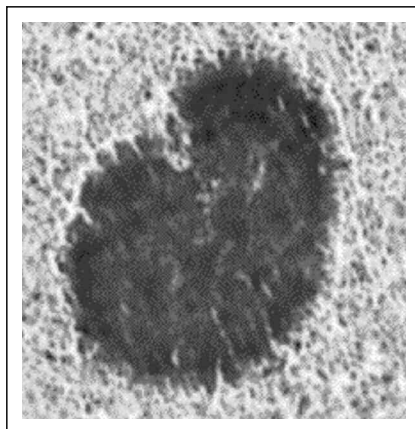


Figure 2 : Grain de sulfure actinomycosique. Les granules typiques sont composés d'une masse centrale basophile constituée d'hyphes emmêlées et entourées par des filaments périphériques.



DISCUSSION

Au vu de cette série, il apparaît clairement que le premier problème pour le chirurgien est celui d'affirmer le diagnostic d'actinomycose. En effet, différents auteurs ont insisté sur l'importance de ce diagnostic initial pour permettre un traitement antibiotique adapté et prolongé afin d'éviter une chirurgie ou de diminuer la morbidité post-opératoire [8, 15, 21, 26, 36]. Or, le diagnostic n'est fait que dans 17 % des cas avant la chirurgie [15, 20].

Ce diagnostic peut être fait en théorie sur l'analyse bactériologique du stérilet ou des prélèvements « *in situ* » sur le site infecté. Mais cette culture est difficile. En effet *actinomyces* est de croissance lente, environ 15 jours à 3 semaines. Il est souvent masqué par une flore polymorphe aérobie et anaérobie type *E.coli*, *Streptopeptococcus* ou *Bacteroides fragilis*. L'ajout au milieu de culture de métronidazole permet d'inhiber le développement de ces germes ; encore faut-il prévenir le laboratoire de cette recherche spécifique d'*actinomyces*. Ainsi *Actinomyces israeli* n'est retrouvé que dans 35 % des cas [15, 18, 34] sur milieu de culture habituel alors qu'il est retrouvé dans 86 % des cas après adjonction de métronidazole [41]. Toujours est-il que le diagnostic bactériologique est dans ce cas tardif. En pratique le diagnostic est fait la plupart du temps soit sur le frottis cervicovaginal, soit sur

l'histologie en montrant dans ce cas les grains de sulfure pathognomoniques de l'*actinomyces* (Fig. 3) [8, 21, 31, 35]. L'histologie est obtenue à partir de biopsies ou de la pièce d'exérèse. Plus rarement, c'est une biopsie à l'aiguille qui permet le diagnostic évitant ainsi une chirurgie première [24, 28, 30]. Les hémocultures sont toujours négatives du fait de l'absence de dissémination hématogène de l'*actinomyces*.

Figure 3



Le tableau clinique, nous l'avons vu, n'est pas univoque. Au stade précoce dans la majorité des cas il n'y a que peu ou pas de symptômes ; tout au plus des leucorrhées parfois pyorrhées ou quelques métrorragies. Les douleurs pelviennes sont peu intenses et non spécifiques. Au stade d'actinomycose pelvienne, les syndromes cliniques sont variables : un syndrome infectieux pelvien profond, un syndrome pseudo-tumoral avec une altération possible de l'état général ou simplement un syndrome douloureux plus ou moins fébrile [4, 6, 17, 23, 27]. Fiorina, sur une série de 92 cas d'abcès pelvien actinomycosique associés avec un DIU, trouve un syndrome douloureux abdominal dans 85 % des cas, un syndrome fébrile dans 60 %, une perte de poids dans 44 % et des leucorrhées ou pyorrhées dans 24 % des cas. Le diagnostic préopératoire n'a été fait que dans 17 % des cas [15]. Que ce soit dans nos tableaux cliniques ou dans ceux retrouvés dans la littérature, on retrouve un caractère subaigu voire chronique des symptômes [3, 8, 10, 16, 24]. Plus rarement, il est décrit des syndromes compressifs, digestifs ou urinaires [26]. Dans un cas, l'actinomycose se présentait comme une hernie inguinale étranglée [9].

Toutefois, le diagnostic peut être évoqué devant un certain nombre d'éléments :

- femme porteuse d'un stérilet [11, 27, 33], plutôt stérilet en plastique qu'au cuivre pour certains [2, 11, 13] non retrouvé pour d'autres [19, 22] et aucune donnée sur le stérilet à la progestérone bien que nous en ayons eu un cas ;
- une durée d'existence du stérilet de plus de 3 ans [2], voire plus de 5 ans [14, 15, 21, 40]. Dans notre série, la moyenne était de 7 ans ;
- un suivi gynécologique insuffisant [15, 21]. C'était le cas de 8 patientes sur 10 dans notre étude ;
- la présence de filaments actinomycosiques au frottis cervicovaginal de dépistage [16, 36] ;
- association DIU et douleurs pelviennes et/ou métrorragies [11, 12, 22], bien que cette association ne soit pas retrouvée pour certains [20, 25, 40].

Les examens complémentaires ne présentent rien de spécifique pouvant aider la démarche diagnostique. L'échographie sus-pubienne et endovaginale met en évidence le plus souvent une masse annexielle, hétérogène, parfois multiloculaire voire impression de végétations. La vascularisation est importante au doppler en codage couleur mais prédomine en périphérie de la masse. Un épanchement est souvent retrouvé, témoin d'une réaction péritonéale. C'est à l'occasion de cette échographie qu'un syndrome de compression, en particulier urinaire, sera mis en évidence. En fonction du contexte clinique, le tableau échographique évoquera un abcès ou une tumeur suspecte de l'ovaire [2, 3, 8, 10, 16]. Le scanner n'apporte que peu de renseignements complémentaires par rapport à l'échographie. Pour Garbin [16] une infiltration du rétropéritoine aurait une relative spécificité d'une actinomycose pelvienne. Le scanner peut être utile dans la démarche du diagnostic différentiel, en particulier avec un syndrome appendiculaire. Il permet par ailleurs une meilleure approche des organes de voisinage sans toutefois pouvoir préciser le caractère envahi ou non. Enfin, certains auteurs ont proposé une ponction biopsique sous scanner pour avoir le diagnostic d'actinomycose pelvienne [28]. L'exploration IRM dans ces tableaux d'actinomycoses pelviennes est peu décrite dans la littérature [8]. Elle devrait pouvoir nous montrer l'infiltration des organes de voisinage sans toutefois pouvoir trancher entre l'inflammation et le processus tumoral. En aucun cas il n'y a d'image spécifique d'une actinomycose.

Sur le plan biologique, le syndrome inflammatoire est constant mais non spécifique. L'anémie est souvent importante. Parfois le bilan hépatique trouve une cytolysse. On connaît le manque de spécificité du Ca125 qui peut être modérément augmenté.

La chirurgie initiale est le plus souvent proposée devant un tableau d'abcès, de pelvipéritonite ou de péritonite. Parfois, c'est le doute diagnostique avec un processus malin qui pousse au geste opératoire. Nous l'avons vu, elle permet souvent le diagnostic. Mais elle est rarement complète et parfois délétère en réactivant la pathologie avec parfois un tableau septique majeur secondaire pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le geste opératoire dans ce contexte septique et inflammatoire est délicat, rapidement hémorragique avec un risque de fistule secondaire urinaire ou digestive [19, 21]. Les plans de clivage sont inexistants; la fibrose « indurée » inflammatoire, telle que la décrit Goodman, rend la chirurgie d'exérèse dangereuse [17]. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il faut anticiper cette chirurgie par une antibiothérapie adaptée et prolongée et ne réserver celle-ci qu'aux situations d'échec du traitement médical, de nécessité d'un drainage d'abcès, de levée d'un syndrome compressif ou en cas de doute diagnostique [6, 17, 38]. Cette antibiothérapie doit comprendre une pénicilline à forte dose et de façon prolongée. Elle permet de refroidir les lésions actinomycosiques et de diminuer la morbidité opératoire [20, 21]. La « forte » dose n'est pas définie dans la littérature. 18 à 24 millions d'unités de pénicilline G en IV pendant 2 à 6 semaines relayés par un traitement per os de 6 mois à 12 mois [8, 36]. Habituellement, *actinomyces* est sensible à une large variété d'antibiotiques ce qui fait qu'en cas d'allergie à la pénicilline, on pourra utiliser un macrolide ou une cycline. Pour notre part, c'est l'amoxicilline + acide clavulanique à la dose de 3 g/24 heures qui a été utilisé avec un résultat satisfaisant dans un nombre important de cas. La durée du traitement, cependant, n'a été que de 3 semaines. Toutefois, pour pouvoir envisager d'éviter la chirurgie, outre le diagnostic précoce, une dose plus élevée, à 6 g/24 heures, serait peut-être souhaitable. Du fait de l'association avec d'autres germes, en particulier anaérobies, un aminoside peut lui être associé [2, 15, 21]. Un auteur a proposé une oxygénothérapie hyperbare en complément du traitement antibiotique [32].

Le geste opératoire de première intention est souvent un geste diagnostique ou de nécessité. Il est réalisé actuellement souvent par cœlioscopie. Il permet ainsi une exploration de la cavité abdominale, la réalisation de prélèvements cytologique et bactériologique, voire une biopsie et surtout assurer un drainage d'une collection. Toutefois, ce geste n'est pas toujours facile de réalisation et on note un certain

nombre de laparotomies de conversion. En effet de nombreuses adhérences rendent l'accès au pelvis difficile.

Le geste chirurgical de deuxième intention est discutable. Son principe est de retirer toute lésion résiduelle pouvant être à l'origine d'une récurrence. Les tissus étant mal vascularisés, donc difficiles d'accès aux antibiotiques, le risque de voir se développer secondairement un nouvel abcès ou une pseudo-masse symptomatique est réel. C'est tout l'intérêt d'un traitement antibiotique très prolongé (6 mois]. La chirurgie en deuxième intention semble moins délétère bien que notre seul cas de fistule soit suite à une reprise chirurgicale. Les processus inflammatoires se sont calmés et l'infiltration est moindre. Les plans de clivage ne sont pas parfaits, mais le diagnostic étant fait, la chirurgie d'exérèse peut rester parcimonieuse et laisser en place des tissus cicatriciels collés au digestif. Elle peut ainsi éviter une chirurgie radicale chez une femme jeune désirant une grossesse.

CONDUITE À TENIR

Devant une suspicion d'actinomyose pelvienne

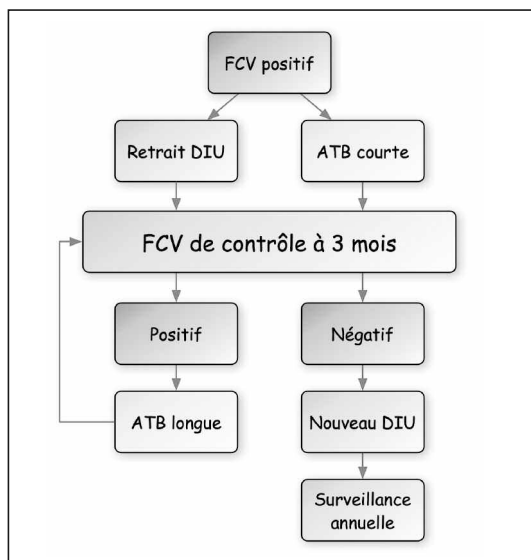
Sans revenir sur les difficultés diagnostiques, il faut savoir y penser devant un syndrome infectieux subaigu ou chronique chez une porteuse d'un DIU. Pour ce faire l'ablation du stérilet et sa mise en culture avec recherche d'*actinomyces* sont nécessaires. Une biopsie d'endomètre permet souvent de faire le diagnostic *a posteriori*, en particulier quand le stérilet a déjà été enlevé ou la recherche d'*actinomyces* non précisée. Sur cette biopsie il faut bien demander une recherche d'*actinomyces*. Les prélèvements habituels réalisés (PV, hémoculture si fièvre, ECBU) une antibiothérapie probabiliste est mise en place par voie IV associant souvent une pénicilline et un aminoside. L'échographie et le scanner permettent d'éliminer un processus tumoral compressif ou de visualiser une collection qu'il faudrait drainer. L'intervention ne sera réalisée que de nécessité et elle sera la plus simple possible : mise à plat d'une collection, lavage, drainage exceptionnellement une résection. Cette intervention, bien que parfois délicate, peut se faire par coelioscopie. Elle permet en dernier recours des prélèvements in situ bactériologique et histologique. Le diagnostic confirmé, une antibiothérapie par pénicilline per os sera proposée en relais pendant plusieurs mois jusqu'à amendement des signes cliniques. La chirurgie de deuxième intention

n'interviendra qu'en rattrapage d'un échec thérapeutique. Elle se fait le plus souvent par laparotomie.

Devant un frottis cervico-vaginal signalant la présence de filaments actinomycosiques chez une patiente porteuse d'un stérilet

Dybdahl sur 17 734 frottis de routine retrouve 180 frottis avec présence d'*actinomyces*, soit près de 1 %. Dans 175 cas la patiente était porteuse d'un stérilet et dans 5 cas, il n'y avait pas de notion de stérilet. Dans cette série, le seul signe clinique associé au portage d'*actinomyces* était des leucorrhées [13]. La littérature reste partagée sur la signification de ce portage. Pour certains, on retrouve dans 53 à 80 % des cas des symptômes cliniques « a minima » pouvant faire craindre une infection et justifier une antibiothérapie prolongée et le retrait du stérilet [16, 36]. Pour d'autres, il n'y a pas plus d'infection chez ces femmes porteuses d'un *actinomyces* au frottis [15, 40]. La gravité de l'actinomycose pelvienne nous impose de rester prudents dans ces situations et nous encourage plutôt à retirer le stérilet et attendre au moins un cycle ou deux avant d'envisager la remise en place d'un nouveau stérilet, en particulier s'il n'existe pas d'alternative comme contraception. Un contrôle préalable par un nouveau frottis ou une biopsie d'endomètre à l'issu de ces deux cycles est bien entendu souhaitable. Le principe est d'imaginer un nettoyage de la cavité utérine par les menstruations. Le traitement antibiotique de principe ne fait pas l'unanimité. Il n'y a pas d'études randomisées ce qui fait que le niveau de preuves est faible. Mais comme on a vu des cas d'exacerbation de l'infection lors d'ablation de stérilet, la prudence serait de proposer un traitement antibiotique de couverture de ce geste sur une durée courte de 8 jours avec une pénicilline per os. Le tableau III résume la conduite à tenir.

Tableau n°III : Conduite à tenir devant un FCV positif à Actinomyces chez une femme porteuse d'un DIU (DIU : Dispositif intra utérin, FCV : Frottis cervico vaginal de dépistage)



CONCLUSION

Le problème de l'actinomycose pelvienne est une situation assez rare, avec peu de grandes séries dans la littérature permettant de conclure de façon formelle. Le problème essentiel est celui du diagnostic car, pris précocement, la chirurgie et ses complications peuvent être évitées. Cette chirurgie reste réservée à des situations de doute diagnostique, en cas de nécessité d'un drainage chirurgical d'abcès ou de levée d'une compression urinaire ou digestive. Le traitement antibiotique par pénicilline à forte dose et de façon prolongée est à la base du traitement de l'actinomycose pelvienne. Il doit précéder et encadrer l'éventuel traitement chirurgical pour réduire la morbidité postopératoire. La chirurgie de deuxième intention devrait pouvoir être évitée grâce au traitement antibiotique très prolongé (> 6 mois). Elle sera réservée aux échecs du traitement médical ou à la récurrence infectieuse et douloureuse.

Résumé

L'actinomycose pelvienne est une affection rare qui survient le plus souvent dans un contexte de portage d'un stérilet (DIU). À partir d'une série de 10 cas d'actinomycose pelvienne et une revue de la littérature, les auteurs décrivent la démarche diagnostique et thérapeutique. Le diagnostic préopératoire est rare (17 % des cas) pourtant il permet, grâce à une antibiothérapie efficace et prolongée, d'éviter une chirurgie qui peut s'avérer mutilante. Ce diagnostic repose plus sur la présence de grains de sulfure dans les prélèvements cytologiques ou histologiques que sur la culture spécifique qui est longue et aléatoire. Le traitement repose sur une pénicillinothérapie IV puis per os prolongée. Le traitement chirurgical de première intention est axé sur le drainage d'une collection ou la levée d'un obstacle. Le traitement chirurgical de deuxième intention s'adresse aux échecs du traitement médical ou à la persistance d'un syndrome infectieux ou douloureux. En cas de présence d'actinomyces au frottis chez une porteuse d'un DIU asymptomatique, les auteurs préconisent l'ablation du stérilet, une courte antibiothérapie et attendre un frottis négatif après deux ou trois cycles avant d'envisager de remettre un nouveau stérilet.

Mots-clés :

Actinomycose, infection pelvienne, DIU, actinomyces

Bibliographie

1. Abdelmoula-Marzouki S, Ben Brahim E, Ben Othmen M, Bouden S, Falfoul A, Chatti-Dey S. Tubo-ovarian Actinomycosis ruptured in the sigmoid colon. *Ann Chir* 2003.
2. Barres A, Criscuolo JL, Vilde F, Taurelle R. Tuboovarian actinomycosis. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990 Jul-Sep; 85(7-9): 479-82.
3. Benkiran L, Gamra L, Lamalmi N, Es-souyeh M, Regragui A, Amrani M. Pelvic actinomycosis simulating adnexal malignant tumor. *Med Trop* 2002 Mars; 62(1): 73-6.
4. Brown R, Bancewicz J. Ureteric obstruction due to pelvic actinomycosis. *Br J Surg* 1982; 69: 156.
5. Buckley CH. The pathology of intra-uterine contraceptive devices. *Curr Top Pathol* 1994; 86: 307-30.
6. Dawson JM, O'Riordan B, Chopra S. Ovarian actinomycosis presenting as acute peritonitis. *Aust N Z J Surg* 1992; 62: 161-3.
7. Dehal SA, Kaplan MA, Brown R, Robinson TM, Chatwani A. Clinically inapparent tuboovarian actinomycosis in a woman with an IUD. A case report. *J reprod Med* 1998 Jul; 43(7): 595-7.
8. Delotte J, Cohen-Scali P, Bafghi A, *et al.* Pelvic actinomycosis. *La lettre du gynécologue* 2004 Mars; 290: 16-18.
9. Dharmadhikari D, Dharmadhikari R, Macdonald J, Beukenholdt R. Intrauterine contraceptive device-related actinomycosis infection presenting as an incarcerated inguinal hernia. *J. Osbstet Gynaecol Res.* 2007 Aug; 33(4): 595-7.
10. Duguid HL. Actinomycosis and IUDs. *IPPF Med Bull* 1983 Jun; 17(3): 1-2.
11. Duguid HLD, Parratt D, Trynor R. Actinomycosis-like organisms in cervical smears from women using intrauterine contraceptive devices. *BMJ* 1980; 1:534-6.
12. Dybdahl H, Baandrup U. Significance of the demonstration of Actinomyces in cervical cytological smears. *Ugeskr Laeger* 1988 Oct 17; 150(42): 2509-11.
13. Dybdahl H, Hastrup J, Baandrup U. The clinical significance of actinomyces colonization as seen in cervical smear. *Acta cytol* 1991; 35: 142-3.
14. Elhag KM, Bahar AM, Mubarak AA. The effect of a copper intrauterine contraceptive device on the microbial ecology of the female genital tract. *J Med Microbiol* 1988; 25: 245-51.
15. Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycosis abscess an Actinomyces detection on cervical smear. *Obstet Gynecol* 1996 Jan; 87(1): 142-9.
16. Garbin o, Hummel M, Camus E, Dellenbach P. Pelvic actinomycosis: the value of preoperative diagnosis. A propos of a case. *J Gynecol obstet Biol Reprod (Paris)* 1994; 23(4): 395-401.
17. Goodman HM, Tuomala RE, Leavitt T Jr. Actinomycotic pelvic inflammatory disease simulating malignancy. *J Reprod Med* 1986; 31: 625-8.
18. Gupppta PK. Intra-uterin contraceptive devices: Vaginal cytology pathologic changes and clinical implications. *Acta Cytol* 1982; 26: 571-613.
19. Hager WD, Douglas B, Majmudar, *et al.* Pelvic colonization with Actinomyces in women using intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135:680-4.
20. HagerWD, Majmudar B. Pelvic actinomycosis in women using intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 60-3.
21. Hamid D, Baldauf JJ, Cuenin C, Ritter J. Treatment strategy for pelvic actinomycosis: case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000 Apr; 89(2): 197-200.
22. Henderson SR. Pelvic actinomycosis associated with an intrauterine device. *Obstet Gynecol* 1973; 41: 726-32.
23. Hoffmann M, Roberts W, Solomon P, Gunasekarin S, Cavanagh D. Advanced actinomycotic pelvic inflammatory disease simulating gynecologic malignancy: a report of two cases. *J Reprod Med* 1991; 36: 543-5.
24. Huss M, Bongain A, Hofman P, Gugenheim J, Gillet JY. A difficult diagnosis: pelvic-abdominal actinomycosis abscess. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1993; 22(8): 843-7.
25. Kanbour A, Harger J, Ryan J, Klionsky B. The significance of the presence of actinomyces in Papanicolaou smears of IUD users. *Acta Cytol* 1980; 24: 76-7.

26. Kayikcioglu F, Akif Akgul M, Haberal A *et al.* Actinomycosis infection in female genital tract. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 118: 77-80
27. Keeber C, Chatwani A, Schwartz R. Actinomycosis infection associated with intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet and Gynecol* 1983; 145: 596-9.
28. Lee YC, Min D, Holcomb K *et al.* Computed tomography guided core needle biopsy diagnosis of pelvic actinomycosis. *Gyn Oncol* 2000; 79: 318-23.
29. Lippes J. Pelvic actinomycosis: a review and preliminary look at prevalence. *Am J Obstet Gynecol* 1999 Feb; 180(2 Pt 1): 265-9.
30. Lonchampt E, Vessieres A, Fabre M. Comment la ponction guidée à l'aiguille fine peut éviter une chirurgie mutilante. A propos d'un cas d'actinomycose abdominopelvienne. *Ann Pathol* 2000; 20: 145-9
31. Luff RD, Gupta PK, Spence MR, Frost JK. Pelvic actinomycosis and the intrauterine contraceptive device. *Am J Clin Pathol* 1978; 69: 581-6.
32. Manheim S. Hyperbaric oxygen in the treatment of actinomycosis. *J Am Med Assoc* 1969; 210: 552-3.
33. Mao K, Guillebaud J. Influence of removal of intrauterine contraceptive devices on colonization of the cervix by Actinomyces-like organisms. *Contraception* 1984; 30: 535-44.
34. Persson E, Holmberg K. Genital colonization by Actinomyces israelii and serologic immune response to the bacterium after five years of use of the same copper intrauterine device. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; 63: 203-5.
35. Pillay B, Gregory AR, Subbiah M. Cytopathologic changes associated with intrauterine contraceptive devices. A review of cervicovaginal smears in 350 women. *Med J Malaysia* 1994 Mar; 49(1): 74-7.
36. Quercia R, Bani Sadr F, Cortez A, Arlet G, Pialoux G. Genital tract Actinomycosis caused by Actinomyces israelii. *Med et Mal Infect* 2006.
37. Smego RA, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 1255-63
38. Spagnulo PJ, Fransioli M. Intrauterine device-associated actinomycosis simulating pelvic malignancy. *Am J Gastroenterol* 1981; 75: 144-7.
39. Sudhakar S, Ross J. Short term treatment of actinomycosis: two cases and a review. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 444-7
40. Surico N, Tavassoli K, Porcelli A, Wierdis T. Pelvic actinomycosis associated with the use of intrauterine devices. *Panminerva Med* 1987; 29: 57-60.
41. Traynor RM, Parrat D, Duguid HLD, Duncan ID. Isolation of actinomycetes from cervical specimen. *J Clin Pathol* 1981; 34: 914-16.
42. Wright NH. Letter: Infection and the IUD. *Obstet Gynecol* 1974; 43(6): 923.