

*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*

Conduite à tenir chez les utilisatrices de dispositifs intra-utérins (DIU) ayant des frottis cervicaux de dépistage positifs pour actinomyces

D. SERFATY *
(Paris)

La prise en charge des patientes porteuses de DIU asymptomatiques ayant des frottis positifs pour *actinomyces* n'est pas univoque.

Elle peut aller du maintien du DIU *in situ* sans aucun traitement, jusqu'au retrait du DIU (qu'il s'agisse de patientes symptomatiques ou asymptomatiques) suivi d'un traitement antibiotique, en passant par un traitement antibiotique sans retrait du DIU.

L'actinomycose, en particulier pelvienne, infection rare mais sérieuse, reste la préoccupation essentielle du gynécologue chez une femme porteuse de DIU ayant des frottis positifs pour *actinomyces*.

I. ACTINOMYCES, ACTINOMYCOSES ET DIU

L'*actinomyces* est une bactérie dont 6 espèces au moins peuvent être pathogènes dans l'espèce humaine, la plus commune étant *Actinomyces israelii*. Cette bactérie est souvent saprophyte des gencives, des amygdales, des dents (cariées), du tractus gastro-intestinal (caecum, appendice...) et du tractus génital féminin. Actinomyces peut être associé à des infections cervico-faciales, thoraciques et abdomino-pelviennes.

* Société Francophone de Contraception

L'actinomycose est une maladie rare mais parfois sévère, chronique, granulomateuse, suppurative et fistulisante. L'actinomycose du tractus génital féminin est le plus souvent associée à l'utilisation d'un DIU et plus rarement à un autre corps étranger (pessaire, tampon vaginal...). Les symptômes de l'actinomycose pelvienne sont souvent moins évidents que ne l'est l'extension réelle de la maladie. Il peut s'agir d'abcès tubo-ovariens (généralement polymicrobiens [1]) : 92 abcès actinomycosiques seulement (dont 90 % ont été tubo-ovariens) ont été rapportés de 1926 à 1995 (Fiorino, 1996, cité par Westhoff, 2007[1]). Trente-cinq pour cent seulement de ces abcès avaient été positifs à la culture. Il peut s'agir également de salpingites ou de pelvi-péritonites... Le diagnostic différentiel d'actinomycose dans les tissus infectés pourrait être celui de botriomyose (Gupta, 1982[2]).

L'identification d'*actinomyces* peut se faire par la cytologie, l'immunofluorescence, la culture (= « *Gold standard* », mais très lente) et l'anatomopathologie.

L'identification d'*actinomyces* dans les frottis cytologiques de dépistage chez les utilisatrices de DIU a été rapportée pour la première fois en 1976 par R. K. Gupta cité par Westhoff [1] : 16 études, 17150 utilisatrices de DIU, taux moyen de frottis positifs pour *actinomyces* = 7 % (3 à 26 %).

Cette variabilité de frottis positifs chez les utilisatrices de DIU s'explique sûrement par la difficulté du diagnostic cytologique de cette bactérie.

En présence de **structures filamenteuses** dans les frottis, les diagnostics différentiels des *actinomyces* peuvent être [2] le candida, l'aspergillus, le nocardia, le trichophyton, le leptothrix, ou encore les filaments de fibrine ou de mucus ainsi que les fibres de coton ou d'autres fibres synthétiques.

En présence de **structures non filamenteuses**, les diagnostics différentiels des *actinomyces* peuvent être les coccobacilles, les lactobacilles ou encore les crèmes contraceptives, l'hématoxyline, les cristaux d'hématoïdine (qui peuvent être confondus avec les granules des *actinomyces*) ou des corps étrangers.

La fréquence des frottis positifs pour *actinomyces* ne dépend pas du **type de DIU au cuivre** utilisé (Gupta, 1982 [2]), Kalaichelvan *et al*, 2006 [3].

Par contre, il semble que l'incidence des ALO (organismes « *actinomyces-like* ») chez les utilisatrices de **DIU au lévonorgestrel**

(Mirena®) (= 2,9 %) soit significativement inférieure à celle sous DIU-Cu (20 %) pour Merki-Feld, 2000 [4] (Tableau I). Cette notion nécessite d'être confirmée.

Tableau I : Incidence d'« organismes actinomyces-like » (ALO) dans les frottis de dépistage chez les utilisatrices de DIU en fonction du type du dispositif et de la durée d'utilisation (étude rétrospective)

Type de DIU	MULTILOAD-Cu 375®			Système intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena®)		
	Nombre de femmes	ALO +	Incidence (%)	Nombre de femmes	ALO +	Incidence (%)
Durée d'utilisation (mois)						
10-12	12	1	8,3	5	0	0
13-24	27	5	18,5	14	0	0
24-40	26	7	27,0	15	1	6,7
TOTAL	65	13	20,0	34	1*	2,9

* p ≤ 0,03 versus Multiload-Cu 375
 GS MERKI-FELD *et al.* *Contraception* 2000; 61: 365-368

La durée d'utilisation du DIU reste un facteur de risque controversé. Plus la durée d'utilisation d'un même DIU est longue plus l'incidence de frottis positifs pour des organismes « *actinomyces-like* » serait élevée pour la majorité des auteurs (Curtis, 1981 [5]; Gupta 1982 [2]; Valicenti, 1982 [6]).

Mais cet effet-durée n'est pas retrouvé dans d'autres études (Thiery, 1986[7], Kalaichelvan, 2006 [3]).

Accorder un rôle important comme facteur de risque d'*actinomyces* (et, éventuellement d'actinomycose) à la durée d'utilisation d'un même DIU pourrait avoir comme conséquence un changement trop fréquent des DIU même s'ils sont très bien tolérés cliniquement, dans un but préventif. Or le risque infectieux pelvien chez les utilisatrices de DIU est surtout réel dans les premiers 20 jours suivant l'insertion de ces dispositifs. Ce risque devenant ensuite équivalent chez les utilisatrices de DIU et chez les non-utilisatrices [8]. Pour rappel, la durée de vie des DIU en France est de 10 ans pour le TTCu380® et de 5 ans pour tous les autres DIU-Cu ainsi que pour le Mirena®. D'autre part d'après la FFPRHC (*Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care*) (Royaume Uni), il n'est pas nécessaire de changer les DIU-Cu après l'âge de 40 ans quel que soit leur « âge » *in situ*, et ce jusqu'à la ménopause [9].

II. LES RECOMMANDATIONS

De nombreuses conduites à tenir sont préconisées en cas de frottis positifs pour *actinomyces* chez les utilisatrices de DIU. Certaines d'entre elles sont résumées dans le tableau II pour ne retenir que les recommandations publiées depuis 1998.

On voit que si ces recommandations ne sont pas unanimes, elles tendent à se rejoindre avec le temps. C'est-à-dire qu'elles semblent aller dans le sens du maintien du DIU en place chez les utilisatrices ayant des frottis positifs pour *actinomyces* à condition qu'elles soient asymptomatiques.

Pour ce qui me concerne, je fais mienne la conduite à tenir préconisée par la *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2004 [9] (Grade B) en la nuancant.

En résumé, ne rien faire chez les utilisatrices de DIU ayant des frottis positifs pour *actinomyces* totalement **asymptomatiques**, mais leur expliquer la signification de cette positivité. Il faut de plus les informer sur le risque très faible mais difficile à chiffrer d'une éventuelle infection symptomatique dans le futur. Pour C. Westhoff, 2007 [1], ce risque est nettement inférieur à 1 pour 1000 femmes ayant des *actinomyces* dans leur frottis. Il faut surtout leur recommander de consulter dès l'apparition éventuelle d'un symptôme infectieux, en particulier pelvien, sans attendre leur visite (et leurs frottis cytologiques) de contrôle.

Chez les femmes **symptomatiques** il faut retirer le DIU, éliminer d'abord un abcès (en particulier tubo-ovarien) à traiter par une antibiothérapie au long cours (pénicilline à fortes doses ⁽¹⁾ ou macrolides ⁽²⁾ en cas d'allergie) dans l'espoir d'éviter une chirurgie, traiter les éventuelles autres infections, surveiller ces patientes et assurer une contraception de relais efficace.

Cette conduite à tenir qui se veut raisonnable (évitant de retirer, généralement inutilement, environ 120 000 DIU en France par an) tout en étant prudente, dépendra également du souhait des utilisatrices bien informées et de l'évolution de nos connaissances.

(1) Westhoff [1] conseille de la pénicilline à fortes doses pendant un mois à un an sans spécifier de doses.

(2) Hatcher [*Managing contraception « for your pocket »*, 2003-2004] conseille doxycycline 100 mg, deux fois par jour pendant un mois.

Tableau II : Conduites à tenir chez les utilisatrices de DIU ayant des frottis positifs pour actinomyces

Auteur(s) [référence]	Année	Patientes asymptomatiques	Patientes symptomatiques
Stewart [10]	1998	1 - Refaire frottis à 1 an 2 - Si <i>actinomyces</i> + à 1 an : a) Retirer le DIU, attendre un cycle et réinsérer un autre DIU, ou b) Laisser le DIU en place + antibiothérapie, puis refaire des frottis, ou c) Ne rien faire mais reconsulter si symptômes apparaissent	1 - Retirer le DIU sous antibiothérapie 2 - Traitement de l'infection pelvienne (hospitalisation si nécessaire) 3 - Échographie pour éliminer un abcès
Cayley <i>et al.</i> [11] (et le Comité scientifique et clinique du <i>Br J Fam Plann</i>) = Grade C	1998	1 - <i>Counselling</i> , puis : 2 - a) garder le DIU mais consultation tous les 6 mois et frottis comme d'habitude, ou b) retirer (ou changer) le DIU + frottis 3-6 mois plus tard	1 - Retirer le DIU (+ culture) 2 - Antibiothérapie (2 semaines) puis 3 - Consultation de contrôle
Grimes [12]	2004	1 - Laisser le DIU en place 2 - Ne rien faire de plus mais <i>counselling</i>	1 - Retirer le DIU 2 - Antibiothérapie
FFPRHC [9] (<i>Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care</i>) (Royaume Uni) = Grade B	2004	1 - Laisser le DIU en place + <i>suivi clinique et cytologique habituel et non particulier</i>	1 - Retirer le DIU 2 - <i>Antibiothérapie</i> 3 - <i>Prise en charge en milieu spécialisé si nécessaire</i>
Kalaichelvan <i>et al.</i> [3]	2006	1 - Laisser le DIU en place 2 - Pas d'antibiotiques	–
Westhoff [1]	2007	1 - Laisser le DIU <i>in situ</i> 2 - Pas d'antibiotiques 3 - Informations	1 - Retirer le DIU 2 - Antibiothérapie (pénicilline) à fortes doses et longtemps.

L'actinomycose reste en effet une maladie mal connue et sa filiation avec les *actinomyces* découverts dans les frottis des utilisatrices de DIU pose encore de nombreuses questions.

Bibliographie

1. Westhoff C. Iuds and colonization or infection with actinomyces. *Contraception* 2007; 75: S 48-S 50.
2. Gupta Pk. Intrauterine contraceptive devices: Vaginal cytology, pathologic changes and clinical implications. *Acta Cytologica* 1982; 26: 571-613.
3. Kalaichelvan V, Maw Aa, Singh K. Actinomyces in cervical smears of women using the intrauterine device in Singapore. *Contraception* 2006; 73: 352-355.
4. Merki-Feld Gs, Lebeda E, Hogg B, Keller PJ. The incidence of Actinomyces-Like Organisms in Papanicolaou-stained smears of copper-and levonorgestrel-releasing intrauterine devices. *Contraception* 2000; 61: 365-368.
5. Curtis Em, Pine L. Actinomyces in the vagina of women with and without intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140: 880-4.
6. Valicenti Jf, Pappas Aa, Graber Cd, Williamson Ho *et al.* Detection and Prevalence of IUD-Associated Actinomyces Colonization and Related Morbidity: A Retrospective Study of 69,925 Cervical smears. *JAMA* 1982; 247, n°8: 1149-52.
7. Thiery M, Claeys G, Mrozowski B, Van Den Broecke R *et al.* Signification of colonization of the lower female genital tract with Actinomyces israelii. *IRCS Med Sci.* 1986; 14: 292-293.
8. Mishell, Jr Dr. Intrauterine devices In "Mishell's Textbook of Infertility, Contraception and Reproductive Endocrinology". Fourth edition, 1997, Blackwell Science, 851-862.
9. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. FFPRHC Guidance (January 2004). The copper intrauterine Device as Long-Term Contraception. *J.Fam.Plann and Reprod Health Care* 2004; 30(1): 29-42.
10. Stewart Gk. Intrauterine devices (IUDs). In "Contraceptive Technology" 17th revised edition, 1998. RA Hatcher *et al.* editors. Ardent Media, NY, 511-543.
11. Cayley J, Fotherby K, Guillebaud J, Kubba A *et al.* Recommendations for clinical practice: actinomyces like organisms and intrauterine contraceptives. *Br J Fam Plan*, 1998; 23: 137-138.
12. Grimes Da. Intrauterine devices (IUDs). In "Contraceptive Technology" 18th revised edition, 2004, RA Hatcher *et al.*, editors Ardent Media, NY, 493-530.