

ABCES ACTINOMYCOSIQUE SECONDAIRE DU PSOAS ET DISPOSITIF INTRA-UTERIN

SOCIETE DE MEDECINE DE FRANCHE-COMTE

Jeudi 14 avril 2011

**AS THOLOZAN, A BOURTEMBOURG, N MOTTET, A ATASSI, C
MEZHER, F LEUNG, JJ TERZIBACHIAN, D RIETHMULLER**

Généralités

- Infection bactérienne granulomateuse suppurative
- Aigue ou chronique
- Bacille gram +, anaérobie stricte, croissance lente
- Actinomyces israelii
- Asporulé, filamenteux, repté, ramifié



- Saprophyte :
 - Muqueuses oropharyngées, arbre trachéobronchique, muqueuses intestinales et génitales
- >50% cas : région cervico-faciale
- 20 % cas : localisation thoracique
- 15-20% cas : localisation digestive (iléo-caecale)
- <5% : localisation pelvienne



- Fréquence : 3 à 23 % des FCV si stérilet (risque de 1% pour une population générale) ¹
- Incidence 1/1000 infections sévères pelviennes soit 120 cas par an en France.
- 1 : Wright Obstet gynecol 1974; 43 : 923



- Difficulté du diagnostic :
 - Polymorphisme anatomoclinique
 - Imagerie non spécifique
 - Difficulté du diagnostic bactériologique



OBSERVATION

- Patiente de 53 ans
- Porteuse d'un DIU pendant 8 ans, retrait en novembre 2010, asymptomatique
- 30/01/11 : fièvre à 40°C, frissons, sciatalgie droite + déficit moteur



- Biologie
 - GB : 18.5 G/L; CRP > 400mg/L
 - TP : 35%
- Imagerie :
 - TDM :
 - Cellulite sans signe de gangrène au niveau du psoas droit
 - Urétérohydronéphrose droite





Prise en charge immédiate

- Pose de sonde JJ
- Ponction drainage par voie vaginale d'une faible quantité de liquide purulent
- Séjour en réanimation
 - Sepsis sévère persistant avec pics fébriles à 40°C, anomalies de la coagulation, sd inflammatoire
 - ATB IV : Rovamycine (1.5 MU x3/j) Tazocilline (4g x4/j) Ciprofloxacine (400mg x2/j)
 - TDM : image d'abcès collecté à J4
- J5 : indication de laparotomie



Prise en charge chirurgicale

- Laparotomie exploratrice :
 - Absence d'anomalie au niveau de l'appareil génital
 - Découverte et mise à plat d'un abcès collecté rétropéritonéal - psoas droit
 - Drainage



Evolution

- Favorable
- Prélèvements positifs à actinomyces
- ATB adaptée
- Amélioration progressive du déficit moteur et normalisation du bilan biologique
- Retour à domicile à J11. Poursuite du ttt ATB.



DISCUSSION (1) : **DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE**

- Diagnostic bactériologique difficile
- Prélèvements bactériologiques : DIU, collection suppurée
- Hémocultures – (non hématogènes)
- Croissance lente : 15 à 21jours
- Grains de sulfure = pathognomonique
- Analyse bactériologique ou anatomopathologique

DISCUSSION (2)

LIEN DE CAUSALITE : DIU

- Facteurs de risque :
 - Stérilet : lien de causalité +++
 - Porté > 3 ans (moyenne de 7ans)
 - Suivi gynécologique insuffisant
 - FCV : filaments actinomycosiques

DISCUSSION (3)

FORMES ANATOMOCLINIQUES

- Principaux signes cliniques
 - Syndrome douloureux abdominal
 - Syndrome fébrile
 - Amaigrissement
 - Leucorrhées, pyorrhées, métrorragies
 - Symptômes compressifs (digestifs ou urinaires)



- Polymorphisme des formes anatomo-cliniques des infections à actinomyces
 - Abscès annexiels
 - Formes pseudo-tumorales
 - confusion avec tumeur extra-génitale (digestive)
 - Formes « pseudo-carcinomateuses »
 - Cancer de l'ovaire, ascite
 - Abscès du psoas secondaire
 - = sans atteinte par ailleurs de l'appareil génital



- Abscès du psoas :
 - 7 cas rapportés
 - Drainages
 - Sous contrôle scannographique proposés dans les abcès du psoas en général (récusé ici car anomalies de coagulation)
 - Chirurgie : abord par voie coelioscopique
 - Chirurgie : abord par voie laparotomique
 - Amoxicilline au long cours



CONCLUSION

- 1- Evoquer une infection actinomycosique devant tout syndrome abdominal atypique si notion de stérilet.

- 2- Les abcès actinomycosiques « secondaires » du psoas :
 - localisation rare
 - diagnostic étiologique difficile en l'absence de foyer primitif génital patent

- 3- La chirurgie dans les formes sévères doit être adaptée : drainage d'un abcès, levée d'un syndrome tumoral avec compression urinaire ou digestive.