

SIX CAS D'ACTINOMYCOSES

SIX CASES OF ACTINOMYCOSIS

A. Aouam¹, C. Loussaief¹, A. Toumi¹,
H. Ben Brahim¹, F. Ben Rhomdane¹,
A. Zakhama², M. Chakroun¹

1- Service des Maladies Infectieuses.
2- Service d'Anatomie Pathologique.
EPS Fattouma Bourguiba, Monastir. Tunisie.

Correspondance :

Dr Mohamed Chakroun
Service des Maladies Infectieuses.
EPS Fattouma Bourguiba, 5019 Monastir.
E-mail : mohamed.chakroun@rns.tn

Article reçu le 4/08/2010, accepté le 30/09/2010.

Résumé :

L'actinomycose est une affection granulomateuse rare due à des bactéries anaérobies du genre Actinomyces. Ses localisations sont multiples pouvant simuler un processus inflammatoire, néoplasique ou infectieux à pyogènes.

Nous rapportons 6 cas d'actinomycose dont le diagnostic était retenu sur des critères anatomopathologiques. L'évolution était favorable sous antibiothérapie adaptée et prolongée. Ce travail illustre les difficultés diagnostiques et l'importance de l'examen anatomopathologique qui doit être systématique.

Mots clés : Actinomyces, histologie, antibiothérapie.

Abstract:

Actinomycosis is a rare granulomatosis infection caused by anaerobic bacteria; Actinomyces. There are many locations of actinomycosis and they can simulate an inflammatory or malignant process or pyogenic infection.

We report 6 cases of actinomycosis. The diagnosis was confirmed by an anatomopathologic exam. The evolution was marked by an improvement after prolonged antibiotic treatment. This study shows the difficulties in the diagnosis of actinomycosis and the importance of systematic histopathological examination.

Key words : Actinomyces, histology, antibiotherapy.

INTRODUCTION

L'actinomycose est une infection granulomateuse chronique due à des bactéries anaérobies du genre *Actinomyces*. *Actinomyces israelii* constitue l'espèce la plus fréquente.

L'actinomycose est une infection rare, à localisations multiples, et confondue fréquemment avec un processus inflammatoire, néoplasique ou infectieux à pyogènes [1, 2].

Notre série souligne le polymorphisme clinique de l'actinomycose et l'intérêt de l'examen anatomopathologique.

MALADES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur six malades hospitalisés pour une actinomycose dans le service des Maladies Infectieuses de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir, durant la période allant du 1^{er} Avril 1999 au 31 Août 2007. Le diagnostic était retenu dans tous les cas sur les données de l'examen anatomopathologique d'un prélèvement biopsique ou d'une pièce opératoire. Les données cliniques, épidémiologiques, biologiques et évolutives étaient recueillies.

RESULTATS

Il s'agissait de 3 hommes et 3 femmes, âgés en moyenne de 46 ans (32-65 ans). L'interrogatoire n'avait pas noté d'antécédents pathologiques particuliers, ni de comorbidité. Le mode de début était insidieux dans tous les cas. Le délai moyen de diagnostic était de 13 mois (2-36 mois). La symptomatologie était peu spécifique, une fièvre était notée dans un cas, une douleur localisée dans 2 cas, des signes inflammatoires locaux dans 3 cas, une fistule suintante dans 3 cas et une dysphonie dans 1 cas (tableau 1).

Tableau 1 : Symptomatologie clinique

Table 1 : Clinical symptoms

Signes cliniques	Nombre de cas
Signes inflammatoires locaux	3
Fistule suintante	3
Douleur localisée	2
Fièvre	1
Dysphonie	1

Les localisations étaient cutanées (2 cas), osseuses (2 cas), intestinale (1 cas) et ORL (1 cas).

Le diagnostic évoqué en préopératoire était un processus tumoral dans 3 cas, une tuberculose digestive dans 2 cas et une infection à bactéries pyogènes dans 1 cas. Dans les 2 cas d'atteinte osseuse, la radiographie standard et la TDM avaient montré des images d'ostéolyse sans séquestres. Dans le cas d'atteinte des cordes vocales, l'endoscopie laryngée avait montré une image bourgeonnante de la corde vocale droite, faisant 1,5 cm de diamètre pouvant évoquer un processus néoplasique.

Une hyperleucocytose (leucocytes >10000/mm³) était notée dans un cas et une élévation de la CRP (> 20 mg/l) dans 2 cas. Le diagnostic était confirmé par l'examen anatomopathologique de la pièce de résection chirurgicale dans tous les cas. Il avait mis en évidence des grains actinomycosiques (Figure 1).

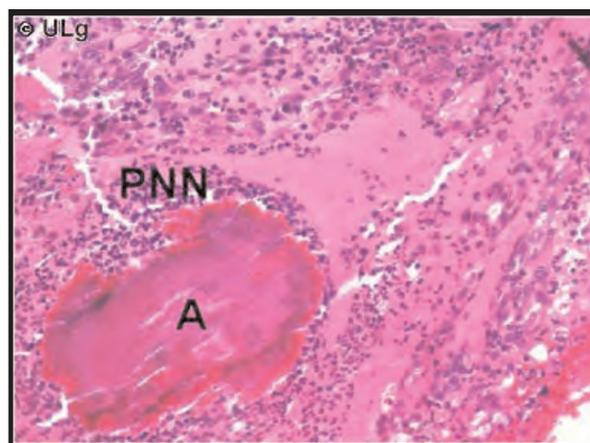


Figure 1 : Aspect histologique de l'actinomycose

Figure 1 : Histological aspect of actinomycosis

Le traitement était médicochirurgical dans tous les cas. L'antibiothérapie de première intention prescrite était la pénicilline G à la dose de 24 millions d'unités/jour pendant 16 jours (15 - 18 jours) dans tous les cas. Le relais par voie orale était à base de sulfaméthoxazole-triméthoprime (2400/480 mg/jour) dans 4 cas et d'amoxicilline (4 g/jour) dans 2 cas. La durée totale de l'antibiothérapie était de 6 mois (5-7 mois).

L'évolution était favorable dans tous les cas. Tous les malades étaient revus régulièrement à la consultation. Aucun malade n'avait présenté de récurrence avec un recul moyen de 18 mois (6-24 mois).

DISCUSSION

L'actinomycose est une affection rare, décrite depuis 1876 par Israel et Wolf. Le germe responsable est un bacille à Gram positif, anaérobie, filamenteux, saprophyte des cavités buccale, digestive et surtout génitale chez la femme [1, 2, 3]. La principale espèce pathogène est *A. israelii* [3]. Il devient pathogène à la suite d'une effraction de la barrière muqueuse : contusion, traumatisme ou un acte chirurgical avec une dissémination locale [1]. Après invasion, des abcès uniques ou multiples vont se constituer, évoluant progressivement vers l'induration, la fluctuation et la fibrose.

L'évolution chronique de l'infection s'accompagne de la formation de trajets fistuleux drainant les lésions avec une possibilité d'extension vers les viscères, les articulations et le système nerveux central [4]. La dissémination hémotogène ou lymphatique est rare [5, 6].

L'actinomycose s'observe habituellement chez l'adulte jeune avec une nette prédominance masculine (4H/1F) [7]. Dans notre étude, on n'a pas noté l'habituelle prédominance masculine. La localisation la plus fréquente est cervico-faciale (50-60%), suivie par la localisation thoracique (20-25%) et abdominale (15-20%) dont l'atteinte intestinale observée dans 3% des cas [5]. L'atteinte osseuse est observée dans 15% des cas [1]. Dans notre étude, la localisation intestinale était notée dans un cas et osseuse dans 2 cas.

Le tableau clinique est très variable et peu spécifique. Cette absence de spécificité doit faire discuter plusieurs diagnostics différentiels en particulier un processus tumoral, un abcès à pyogènes, une tuberculose ou une affection inflammatoire. Le diagnostic est difficile et souvent retardé du fait de l'évolution insidieuse [5, 6]. Dans notre série, le délai moyen de diagnostic

était de 13 mois. Le diagnostic positif est bactériologique et/ou anatomopathologique. Le diagnostic microbiologique est difficile car il nécessite une inoculation directe et rapide sur un milieu approprié en anaérobiose stricte [1, 3, 5]. La culture bactérienne n'est positive que dans 50% des cas [3]. Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence à l'examen histologique de grains actinomycosiques [5]. Du centre de ces grains, des filaments courts non septés s'échappent en rayon de roue. Ils sont positifs aux colorations de PAS et de Grocott (Figure 2). Cet aspect est très évocateur d'actinomycose mais peut se voir dans d'autres affections bactériennes, notamment celle à *Nocardia asteroides*. Dans notre série, le diagnostic était confirmé dans tous les cas par l'examen anatomopathologique.



Figure 2 : Forte positivité des filaments à la coloration de Grocott (x400).
Figure 2 : Higher positivity of filaments at Grocott coloration (x400).

Le traitement médical de choix des actinomycoses est la pénicilline G utilisée à la dose quotidienne de 10 à 20 millions d'unités/jour, par voie intraveineuse, pendant 4-6 semaines, relayée par la pénicilline V ou A pour une durée totale de 6 à 12 mois [1, 2, 5, 7]. D'autres antibiotiques sont actifs comme la clindamycine, la rifampicine et les cyclines. Les sulfamides représentent également une alternative thérapeutique. Ils sont les premiers antibiotiques à avoir été décrit comme ayant une activité sur les *Actinomyces*. Il faut préciser que la sensibilité in vitro d'*Actinomyces* au cotrimoxazole n'a jamais été rapportée dans la littérature. Toutefois, quelques cas cliniques tunisiens avaient montré son efficacité dans le traitement des

actinomycoses [3, 4, 8]. De même, Metgud a rapporté un cas d'actinomycose cutanée à *A. viscosus* résistant à la pénicilline et traité avec succès par le cotrimoxazole [9]. Tous nos patients avaient bénéficié d'un traitement par la pénicilline. Trois malades avaient reçu du cotrimoxazole en deuxième intention avec une bonne évolution clinique.

La chirurgie d'exérèse garde sa place en cas de lésions fistulisées ou abcédées ainsi que dans les formes osseuses [5, 6].

L'évolution de l'actinomycose est généralement favorable sous antibiothérapie. Le pronostic reste lié à la localisation et à la précocité du traitement médical et/ou chirurgical.

CONCLUSION

En raison de complications potentiellement sévères, le diagnostic d'actinomycose devrait être évoqué devant toute lésion pseudotumorale ou une infection chronique d'étiologie indéterminée. Les résultats négatifs de la bactériologie doivent être interprétés avec prudence et l'examen anatomopathologique doit être systématique.

Références

- 1- Houman M H, Ben Ghorbel I, Rammah Ben Achour N et al. Actinomycose vertébrale avec compression médullaire. A propos d'un cas. Rev Med Interne 2001 ; 22 : 567-70.
- 2- Mtaallah M H, Ben Hassouna J, Bouzid T et al. Actinomycose pelvienne pseudotumorale avec atteinte multiradiculaire lombosacrée. A propos d'un cas. Gyneco Obstet Fert 2005 ; 33 : 586-9.
- 3- Toumi A, Loussaief C, Chakroun M, Ben Romdhane F, Zakhama A, Bouzouïa N. Actinomycose des os du pied : un diagnostic à ne pas méconnaître. Rev Med Interne 2005 ; 26 : 988-90.
- 4- Ben Romdhane F, Bouguerra C, Loussaief C et al. Actinomycose digestive simulant une maladie de crohn. Rev Tun Infectiol 2007, 1 : 33-5.
- 5- Bittar I, Cohen Solal JL, Cabani P. L'actinomycose abdominopelvienne. Ann Chir 2001 ; 126 : 494-6.
- 6- Gaspar N, Chalumeau M, Raymond J et al. Actinomycose primitive de l'os iliaque chez un enfant. Med Mal Infect 2000 ; 30 : 295-8.
- 7- Ayadi-Kaddour A, Mlika M, Marghli A, Braham E, Kilani T, El Mezni F. Une suppuration thoracique fistulisante. Actinomycose thoracique avec atteinte pulmonaire et pariétale. Med Mal Infect 2008 ; 38 : 225-7.
- 8- Chakroun M, Battikh R, Bouzouïa N, Bakir A, Zribi A. Actinomycose de la base du crâne. Med Mal Infect 1995 ; 25 : 945-9.
- 9- Metgud SC, Sumati H, Sheetal P. Cutaneous actinomycosis: a rare case. Indian J Med Microbiol 2007 ; 25 : 413-5.