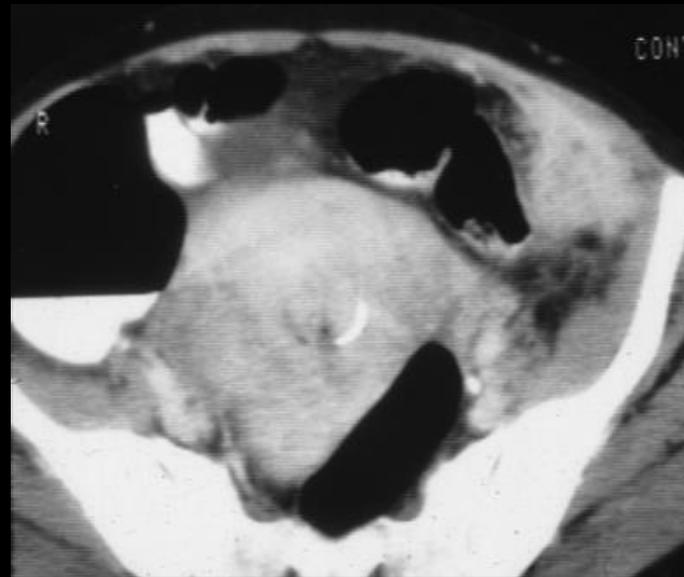
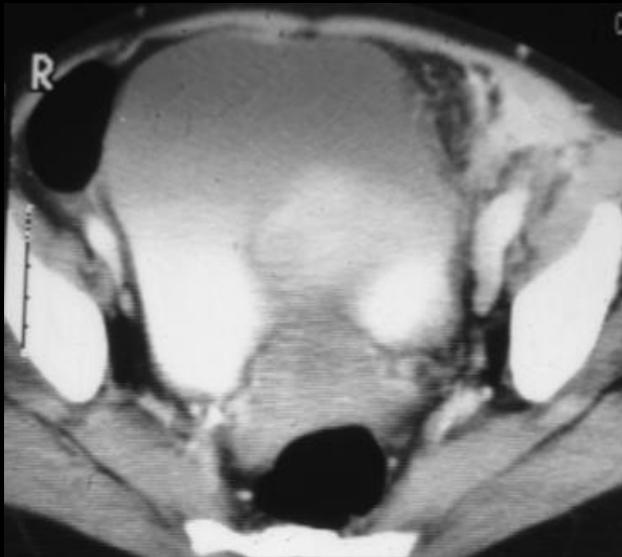
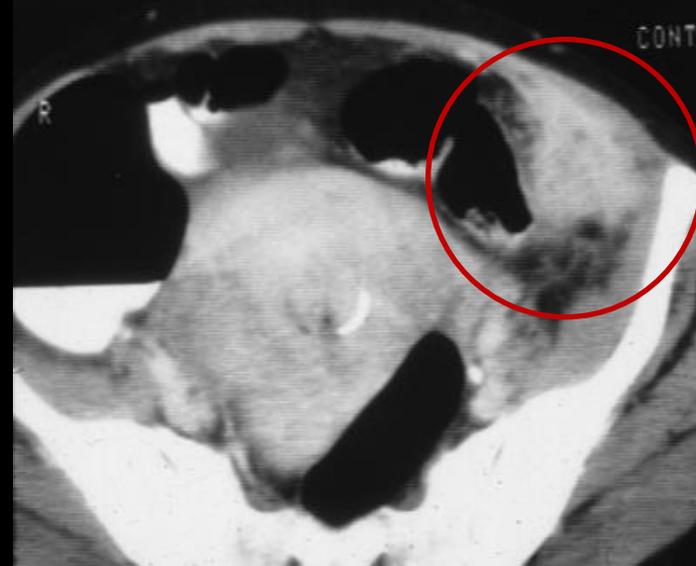
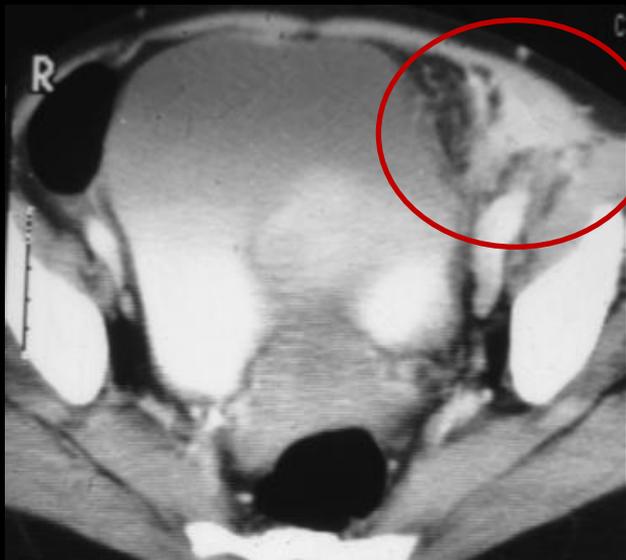


-**induration douloureuse de la paroi abdominale basse**, au niveau de la fosse iliaque gauche, chez une femme de 45 ans, s'aggravant progressivement depuis quatre semaines. Le revêtement cutané est d'aspect normal; il n'y a en particulier pas de traces d'effraction cutanée..

La patiente est en pré-ménopause et présente des méno-métrorragies

-**Quel(s) diagnostic(s) peut-on évoquer** devant ces images et dans ce contexte (il s'agit d'images anciennes, acquises de façon incrémentale, à une époque où l'exploration abdomino-pelvienne durait près de 10 minutes, et comportait souvent une réinjection à mi-parcours...les l'examens scanographiques étaient alors aussi fastidieux et ennuyeux que sont les examens I.R.M. à l'heure actuelle... !





-les images sont " retardées" par rapport à l'injection de produit de contraste puisque la vessie est déjà bien remplie. Devant le **rehaussement intense et persistant de la masse pariétale profonde**, mal délimitée, mais restant à distance du tube digestif (et en particulier du sigmoïde) on peut déduire qu'il existe une **composante fibreuse collagène** massive dans la lésion. Celle-ci ne renferme pas de zone hypodense pouvant faire évoquer la présence d'un ou plusieurs abcès .

-l'hypothèse la plus probable est celle d'une **lésion inflammatoire chronique**, par exemple une pseudo tumeur inflammatoire ou une infection développée dans la paroi et l'espace pro-péritonéal.

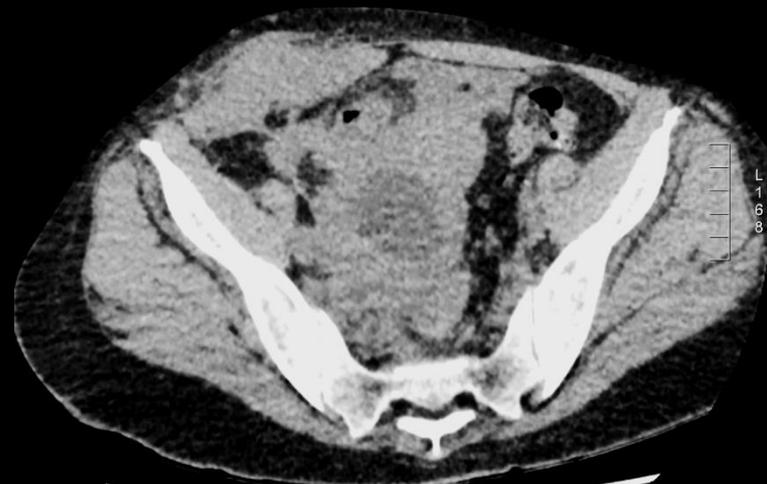
On ne peut toutefois pas éliminer formellement une **lésion tumorale hyper vascularisée** : sarcome des tissus mous (histiocytome fibreux malin, hémangiopéricytome, synoviosarcome, Castelman angiofolliculaire), une tumeur fibreuse (tumeur desmoïde, fibrosarcome etc.)

-voici un autre cas de la même maladie ; femme 46 ans mauvais état général, douleurs thoraciques basses gauches .Chez cette patiente ,l 'infiltration pariétale abdominale de la fosse iliaque droite est très étendue et son caractère inflammatoire est très marqué.

quels sont les éléments sémiologiques à retenir sur les coupes avant injection de produits de contraste.



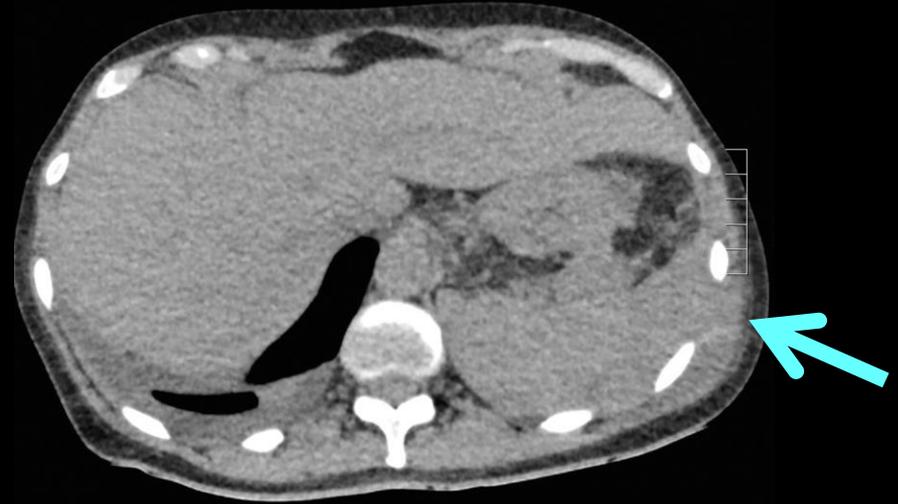
-obs. V. Lombard CHR Metz-Mercy



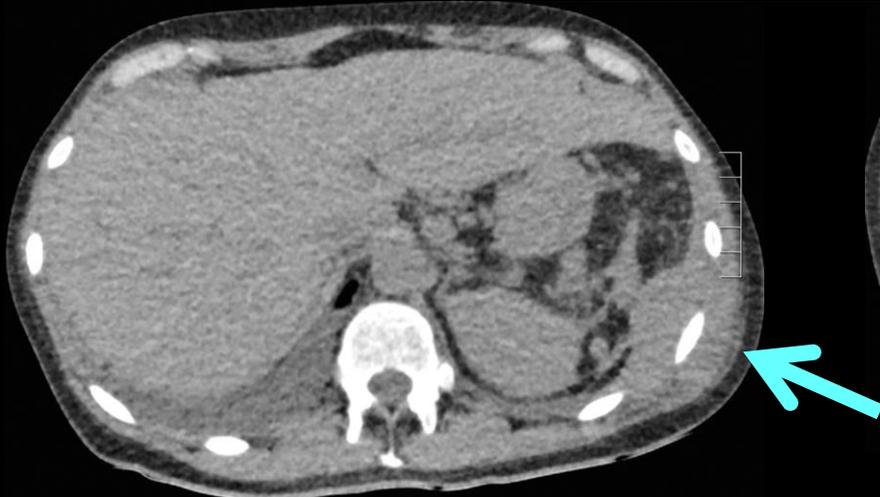
avant injection de produit de contraste



-votre diagnostic et sûrement déjà fait mais nous allons quand même préciser les images avec les reformations multiplanaires et l'injection de contraste , en adjoignant l'exploration du contenu et de la paroi thoraciques.



avant injection de produit de contraste



-il existe de toute évidence un foyer de condensation parenchymateuse basal gauche avec une atteinte infiltrante des parties molles pariétales intéressant la plèvre mais respectant les côtes .

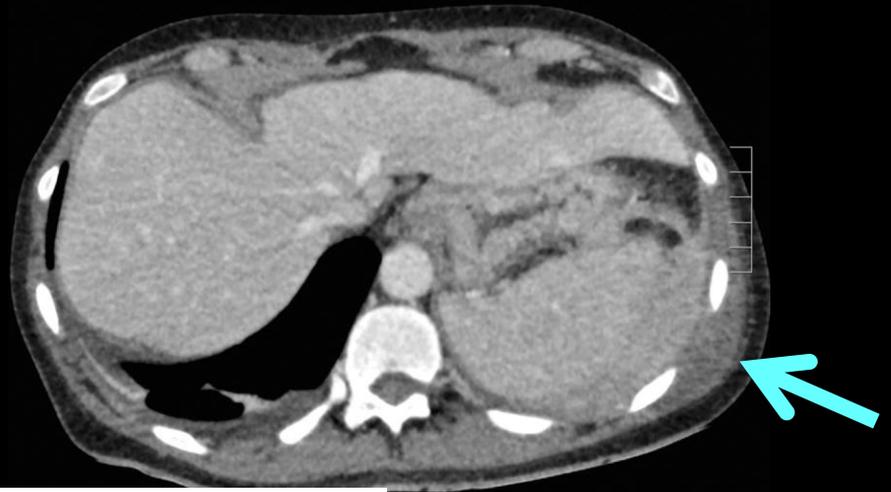
- enfin on note un épanchement liquide de la plèvre droite.



avant injection de produit de contraste

-l'atteinte infiltrante pleuro-pariétale basi-thoracique gauche est bien objectivée

-une **urétéro-hydronéphrose droite** est liée à l'englobement de l'uretère dans la masse fibreuse utéro-annexielle



après injection de produit de contraste

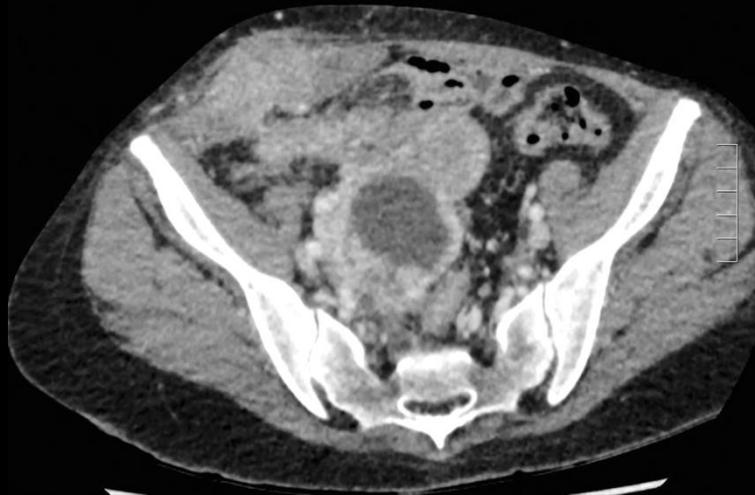


-l'infiltration pariétale se rehausse moins que la plèvre , confirmant son caractère œdémateux inflammatoire aigu

-le retard d'opacification des cavités pyélocalicielle distendues confirme la stase chronique



après injection de produit de contraste



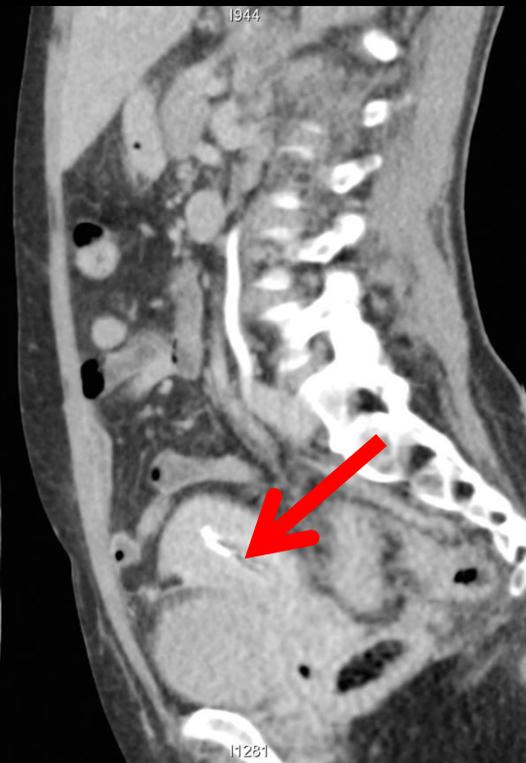
-le **rehaussement intense et persistant** du contingent fibreux de la masse pariétale et le **caractère infiltrant** de l'atteinte qui ne respecte aucune frontière anatomique sont très évocateurs du diagnostic

-présence d'une **collection abcédée** au sein de l'annexe droite infiltrée par l'atteinte **fibro-inflammatoire actinomycosique**



**après injection
de produit de
contraste**

après injection de produit de contraste



-ces deux observations ont de nombreux points communs : il s'agit de femmes en période de péri-ménopause , porteuses d'un DIU , présentant un processus infiltrant pseudo-tumoral de la paroi abdominale basse.

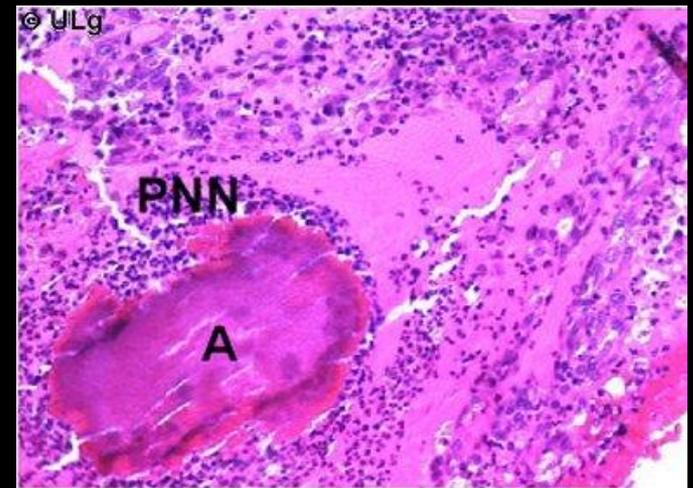
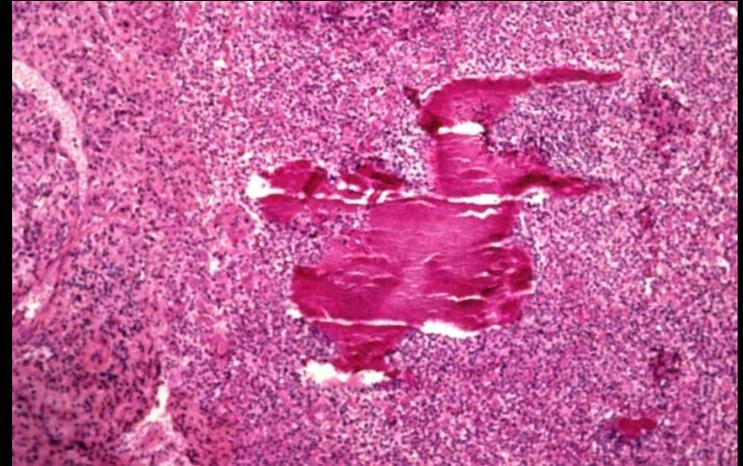
-le diagnostic est bien entendu celui **d'actinomycose de la paroi abdominale**, avec, dans le second cas, une localisation actinomycosique basi-thoracique gauche ; les 2 étant en relation avec une actinomycose génitale sur DIU



l'actinomycose de la paroi abdominale

-l'actinomycose est une infection suppurative **chronique** , causée par une bactérie anaérobie Gram positive: Actinomyces sp. le plus souvent Israeli , germe saprophyte de la cavité buccale , du tractus gastro-intestinal et de la filière génitale .Le germes deviennent pathogènes lors d'interruptions de la muqueuse spontanées au cours d'atteintes infectieuses ou provoquées par des gestes chirurgicaux ou instrumentaux diagnostiques

L'atteinte se caractérise par un abondant tissu de granulation et un **contingent fibreux très dense** avec des abcès multiples et des fistules.



-granulome inflammatoire (PNN) et fibrose (rose) à l'entour d'A israeli

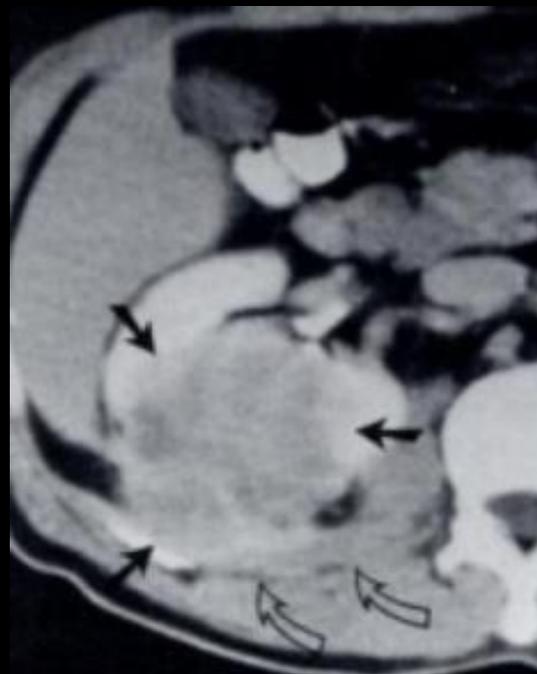
-Ce sont les **enzymes protéolytiques** de l'agent causal qui expliquent le caractère infiltrant et la propagation de l'infection par contiguïté à partir d'une porte d'entrée ,

-La porte d'entrée est le plus souvent un stérilet mais ce peut être une appendicite ,une cholécystite une diverticulite ... etc.

-**8 à 16% des femmes porteuses d'un DIU seraient colonisées au niveau du tractus génital par Actinomyces israeli** et cette incidence est **doublée si le dispositif est en place depuis plus de quatre ans.**



actinomycose du grand omentum étendue à la paroi et au colon transverse chez une patiente porteuse d'un DIU



actinomycose du rein droit étendue à la paroi lombaire

Hyun Kwon Ha¹
Hong Jae Lee¹
Hyun Kim¹
Hee Jeong Ro¹
Young Ha Park¹
Soon Joo Cha²
Kyung Sub Shinn¹

AJR 1993;161:791-794

**Abdominal Actinomycosis:
CT Findings in 10 Patients**

-La symptomatologie clinique de l'actinomycose abdominale est très variable, ce qui l'a fait dénommer " la grande simulatrice ".

Elle associe de façon inconstante :
douleurs abdominales,
troubles du transit,
ménométrorragies dans les atteintes pelviennes

L'altération de l'état général est peu marquée, de même que le syndrome infectieux et c'est le syndrome tumoral qui est au premier plan

-la présence de grains de couleur soufre (granules sulfurés) issus des lésions superficielles ou observés sur les pièces opératoires oriente vers l'origine actinomycosique

-le diagnostic n'est porté en préopératoire que dans 10 à 17 % des cas.

Les examens bactériologiques ne sont positifs qu'une fois sur deux en raison de la croissance lente du germe et de sa sensibilité à l'oxygène



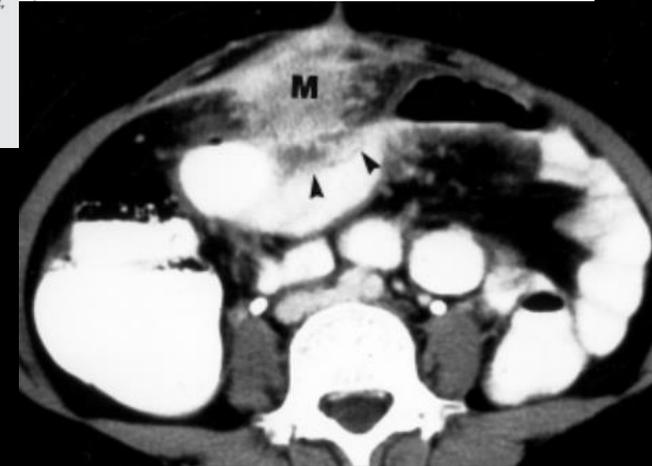
In-Jae Lee, MD²
Hyun Kwon Ha, MD
Chul Min Park, MD
Jeong Kon Kim, MD
Jung Hoon Kim, MD
Tae Kyung Kim, MD
Jin Cheon Kim, MD
Kyoung Silk Cho, MD
Yong Ho Auh, MD³

Index terms:
Abdomen, CT, 70.12112, 75.12112,
80.12112
Abdomen, infection, 70.2044,
80.2044
Actinomycosis, 70.2044, 80.2044
Colon, diseases, 75.2044
Pelvic organs, diseases, 70.2044,
80.2044

Radiology 2001; 220:76-80

Gastrointestinal Imaging

Abdominopelvic Actinomycosis Involving the Gastrointestinal Tract: CT Features¹

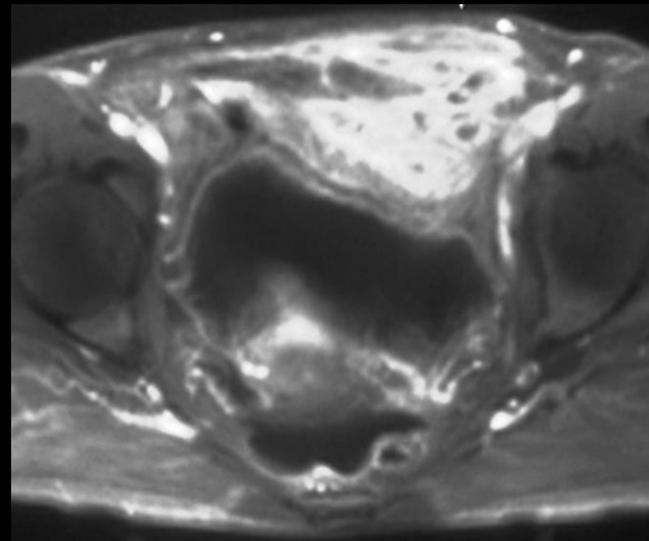
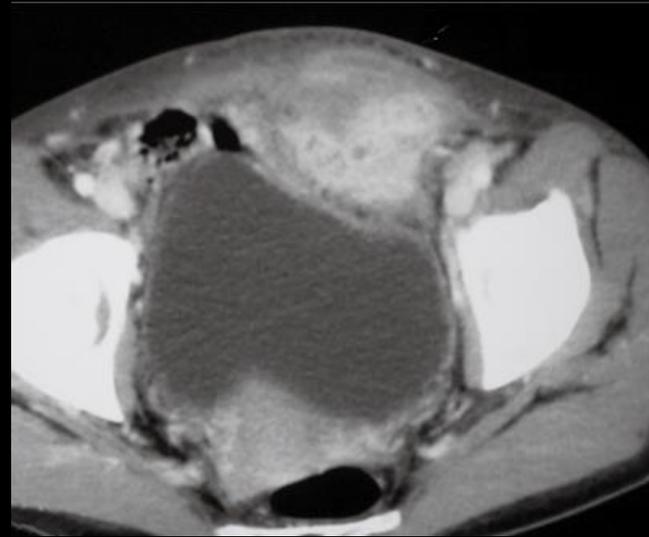


-c'est souvent l'imagerie qui , sans être spécifique, peut-être évocatrice du diagnostic en montrant le **caractère infiltrant de proche en proche du processus lésionnel** et surtout son **rehaussement hétérogène progressif , souvent intense** très évocateur d'un contingent fibreux abondant

la présence d'un **stérilet** est, dans ce contexte, un élément très important dans le diagnostic .On a incriminé la nature du métal (cuivre) et l'influence de dépôts calciques sur le métal

l'atteinte est également favorisée par le **défaut d'hygiène** ,ce qui explique la fréquence dans les contrées reculées de certains pays du pourtour méditerranéen

-le **traitement doit être médical** et repose sur une antibiothérapie prolongée pendant plusieurs mois (pénicilline G, macrolides , cyclines)



Messages à retenir

-l'actinomyose génitale développée chez une patiente porteuse d'un DIU est maintenant bien connue depuis sa description princeps en 1984. L'inflammation stérile causée par ce dispositif provoquerait une acidose et une hypoxie tissulaire endométriale qui favoriseraient le caractère pathogène d'A. israeli.

-le DIU est généralement en place de longue date mais un délai de quelques mois est suffisant ; le retrait du DIU peut être suivi d'une actinomyose génitale

-les atteintes pariétales abdomino-pelviennes peuvent être en apparence "primitives" . Leur caractère infiltrant de proche en proche avec un "front" de progression irrégulier ; leur rehaussement intense et persistant sont des éléments sémiologiques précieux pour le diagnostic étiologique de masses inquiétantes cliniquement

-la confirmation diagnostique par l'anatomie pathologique est indispensable pour éviter une chirurgie d'exérèse délabrant et inutile.

_le radiologue qui "voit en profondeur" l'ensemble de la lésion et qui peut caractériser le contingent fibreux par la cinétique du rehaussement est le mieux placé pour le diagnostic . Il a l'entière responsabilité d'évoquer le diagnostic , de chercher s'il y a des facteurs favorisants et de tempérer les ardeurs du chirurgien et/ou du clinicien , surtout en milieu cancérologique où "tout est cancer! "