

## Actinomyose rénale avec abcès lombaires fistulisés

Stéphane MALLICK, Jean-François KLEIN

Service de Chirurgie, Centre Hospitalier André Bouron, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane

### RESUME

**Nous rapportons un cas d'actinomyose rénale chez un adolescent révélée par deux abcès lombaires fistulisés.**

**Cette pathologie rare, mais généralement de bon pronostic est de diagnostic difficile, aussi bien cliniquement que radiologiquement. Le diagnostic positif repose sur l'examen anatomo-pathologique réalisé bien plus sur la pièce opératoire, après néphrectomie, que lors d'une ponction échoguidée à l'aiguille fine devant une tumeur rénale atypique.**

**En effet, le traitement conservateur utilisant la pénicilline à forte dose donne d'excellents résultats.**

*Mots clés: Actinomyose rénale, néphrectomie, pénicilline.*

L'actinomyose rénale est une pathologie rare dont le premier cas a été décrit dès 1878 [9]. Une cinquantaine de cas ont été recensés dans la littérature. Ce processus suppuratif et inflammatoire touche généralement la sphère cervico-faciale, plus rarement le thorax ou l'abdomen [4, 10]. Cette pathologie rénale présente un intérêt particulier dans la démarche diagnostique et thérapeutique devant ses similitudes avec d'autres tumeurs rénales.

### OBSERVATION

Un adolescent âgé de 14 ans consulte pour des douleurs permanentes de la fosse lombaire droite avec poussées paroxystiques évoluant depuis 4 semaines, accompagnées d'hyperthermie à 38,5 °C et d'altération de l'état général. L'examen clinique met en évidence un empâtement de la fosse lombaire droite avec deux tuméfactions cutanées pouvant correspondre à des abcès fistulisés. Toutefois, il n'existe aucun signe clinique urinaire. A noter également pour le reste de l'examen clinique, un très mauvais état dentaire avec de nombreuses caries.

Les examens biologiques mettent en évidence un syndrome inflammatoire sévère (hyperleucocytose à 14500/mm<sup>3</sup> et CRP à 138 mg/l). Il n'existe pas de perturbation rénale biologique ni de déficit immunitaire.

Sur le plan radiologique, l'Abdomen Sans Préparation met en évidence un effacement du bord du muscle psoas droit.

L'échographie abdominale ainsi que l'urographie intraveineuse révèlent une volumineuse masse solide du pôle supérieur du rein droit refoulant et laminant les calices qui apparaissent remaniés, associée à un retard de sécrétion de ce même rein (Figure 1).

La tomодensitométrie abdomino-pelvienne confirme cette tumeur spontanément hyperdense prenant le contraste de façon inhomogène, refoulant les cavités pyélocalicielles droites et infiltrant la graisse péri-rénale postérieure, les muscles lombaires (muscle psoas et carré des lombes) ainsi que la graisse sous cutanée en rapport avec les deux fistules cutanées (Figures 2 et 3).

Après toutes ces investigations, en premier lieu, le diagnostic retenu est celui d'un abcès rénal droit diffusant en péri-rénal et fistulisé. La symptomatologie clinique s'aggravant sous antibiothérapie (oxacilline), et une pathologie tumorale plus sévère ne pouvant être écartée, un geste chirurgical est décidé.

Lors de la lombotomie droite, le rein présente une tumeur solide du pôle supérieur et reste très adhérent aux tissus adjacents.

Etant donné que l'examen anatomo-pathologique extemporané n'est pas disponible dans l'établissement et qu'une tumeur maligne ne peut être formellement éliminée, on décide de réaliser une néphrectomie droite, rendue très difficile par les nombreuses adhérences.

Manuscrit reçu : février 2000, accepté : avril 2000.

Adresse pour correspondance : Dr. S. Mallick, 271, rue de la Montagne, 57200 Sarreguemines.



Figure 1. Urographie intraveineuse. Masse rénale droite refoulant les cavités pyélocalicielles avec retard de sécrétion.

A l'examen anatomo-pathologique, la tumeur mesure 7 cm de grand axe.

En microscopie, elle comporte des foyers aigus suppurés abcédés riches en polynucléaires neutrophiles altérés autour desquels se disposent des cellules histiocytaires et une importante fibrose. Il existe des granules sulfuriques, jaunâtres, PAS positive, typiques des Actinomycètes.

Le diagnostic retenu alors est celui d'une actinomycose rénale secondairement abcédée dans la masse musculaire lombaire droite et fistulisée à la peau.

L'évolution clinique post-opératoire sera favorable. Une antibiothérapie tout d'abord intraveineuse par pénicilline G (15Millions UI/jour pendant 4semaines) suivie d'ampicilline per os (2 grammes / jour pendant deux mois) donnera d'excellents résultats.

La convalescence se fera sans complications et après 4 mois, l'état clinique du patient s'est normalisé.

## DISCUSSION

L'infestation rénale par les Actinomycètes est rare. Contrairement à leur dénomination, ils se rappro-



Figure 2. Scanner rénal sans injection révélant la présence d'une masse nécrotique au pôle supérieur du rein droit.



Figure 3. Scanner rénal avec injection de produit de contraste : masse rénale droite avec prise de contraste inhomogène, franchissant la capsule, s'étendant aux muscles adjacents et créant deux fistules.

chent bien plus des bactéries que des mycoses et le principal agent incriminé est *Actinomyces israelii* [11]. Ils sont saprophytes des cavités naturelles et principalement pathogènes dans la sphère cervico-faciale.

L'aspect histologique est typique par la présence de pigmentations jaunes, réelles granulations sulfuriques jaune chamois.

L'actinomycose rénale primitive est plus qu'exception-

nelle et il semble exister des facteurs prédisposants menant au développement de la maladie [6]. C'est ainsi que notre cas s'est certainement développé à partir du mauvais état dentaire du patient, la carie dentaire pouvant constituer la porte d'entrée, suivi d'une diffusion hémotogène conduisant à l'atteinte rénale.

Au niveau du rein, les actinomycètes sont responsables de lésions suppuratives chroniques comme un anthrax, une pyonéphrose [8]. Des cas de papillite nécrosante rénale et fistules réno-coliques ont été également décrits dans la littérature mais au titre de complications rares. Les autres atteintes de l'appareil urinaire concernent la vessie, secondairement à des fistules utéro-vésicales plus fréquemment retrouvées chez les femmes porteuses d'un dispositif intra-utérin. L'atteinte surrénalienne, urétérale ou testiculaire est plus qu'exceptionnelle [3].

L'intérêt de cette observation réside dans la difficulté diagnostique. Les signes biologiques d'inflammation sont tout à fait aspécifiques. De même, les signes radiologiques de masse solide au développement rapide et infiltrante pourrait très bien nous faire évoquer une tumeur maligne ou bien une pathologie infectieuse comme la tuberculose, un abcès rénal ou une périnéphrite [1]. Toutefois, l'aspect scannographique de pseudo-tumeur inhomogène avec prise de contraste hétérogène en particulier dans les parois et les composants solides, témoignant d'une importante masse inflammatoire avec fibrose, devra orienter vers ce diagnostic. Après avoir précisé l'extension, l'infiltration et l'invasion aux structures adjacentes, on s'apercevra qu'on ne retrouve pas d'adénopathies car la diffusion n'est pas lymphatique. Seul l'examen anatomopathologique pourra conduire au diagnostic formel.

Toutefois, la néphrectomie aurait pu être évitée. En effet, une ponction rénale échoguidée à l'aiguille fine aurait été une excellente indication devant la présence d'une tumeur rénale atypique [5, 7]. Celle-ci aurait conduit au même résultat histologique et aurait permis un traitement conservateur.

Ainsi, le traitement conservateur utilisant de fortes doses d'antibiotiques pour une durée suffisamment longue reste le traitement de choix; la pénicilline est toujours l'antibiotique de référence et il n'existe pour l'instant aucune résistance. Il est préférable d'utiliser au début, en première intention, la pénicilline G intraveineuse, relayée ensuite par un traitement per os pour une durée de trois mois. La clindamycine, les tetracyclines, l'erythromycine, la rifampicine, le chloramphénicol, la céfalotine, la céfradine peuvent être également utilisés [2].

Une durée totale de traitement de trois mois semble suffisante.

## CONCLUSION

Bien que rare, l'actinomycose rénale ne doit pas être méconnue dans le diagnostic différentiel d'une masse solide du rein ou lors d'un processus inflammatoire.

Lors d'une ponction échoguidée à l'aiguille fine, préférable à la néphrectomie, l'examen anatomo-pathologie confirmera le diagnostic. Une antibiothérapie débutée sans délai à forte dose et pour une durée suffisamment longue donne d'excellents résultats.

## REFERENCES

1. BRIET S., TREMEAUX J.C. L'actinomycose rénale primitive. A propos d'une observation. J. Urol. (Paris), 1989, 95, 72-73.
2. DAVOUDI M.M., WEI J.P. Abdominal actinomycosis: A rare presentation. Infect. Med., 1997, 45, 53.
3. FOWLER R.C., SIMPKINS K.C. Abdominal actinomycosis: A report of three cases. Clin. Radiol., 1983, 34, 301-307.
4. HA H.K., LEE H.J., KIM H., RO H.J., PARK J.H., CHA S.J., SHINN K.S. Abdominal actinomycosis: CT findings in 10 patients. Am. J. Roentgenol., 1993, 161, 791.
5. HYLDGAARD-JENSEN J., SANDSTROM H.R., PEDERSEN J.F. Ultrasound diagnosis and guided biopsy in renal actinomycosis. Br. J. Radiol., 1999, 72, 510-512.
6. JUHASZ J., GALAMBOS J., SURJAN L. Jr. Renal actinomycosis associated with bilateral necrotizing renal papillitis. Int. Urol. Nephrol., 1980, 12, 199-203.
7. KHALAFF H., SPRIGLEY J.R., KLOTZ L.H. Recognition of renal actinomycosis: Nephrectomy can be avoided. Report of a case. Can. J. Surg., 1995, 38, 77-79.
8. KULKARNI H. S., DALVI A.N., NAIR H.T., MHASKAR M. S., SHENOY S.G. Peri-renal actinomycosis with tuberculosis of the kidney: A case report. J. Postgrad. Med., 1986, 32, 168-170.
9. PATEL B. J., MOSKOVITZ H., HASHMAT A. Unilateral renal actinomycosis. Urology, 1983, 21, 172-174.
10. PIALAT J., BANCEL B., ETIENNE J., MASSINI B., LUCHT F. Ostéomyélite lombaire actinomycosique ou mycobactérienne atypique? Ann. Pathol. Paris, 1986, 3, 217-220.
11. WISE G. J. Actinomycetes. in : P.C. Walsh, A.B. Retik, E.D. Vaughan, A.J. Wein, Campbell's Urology. 7th edition, Philadelphia, Saunders, 1998, p.797.

## SUMMARY

### **Renal actinomycosis with fistulized lumbar abscesses: a case report.**

*The authors report a case of renal actinomycosis in an adolescent presenting with two fistulized lumbar abscesses. This rare disease, which generally has a good prognosis, is difficult to diagnose, both clinically and radiologically. The positive diagnosis is based on histological examination, more frequently of the nephrectomy operative specimen, than ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy of an atypical renal tumour. Conservative treatment with high-dose penicillin gives excellent results.*

*Key-Words: Renal actinomycosis, nephrectomy, penicillin.*