

Case report

Nécrobiose septique d'un myome compliquant une péritonite: un cas rare



Septic necrobiosis of a myoma complicating peritonitis: a rare case

Abderrahim Siati^{1, &}, Najia Zerai¹, Mohamed Amine Azami², Amina Lakhdar¹, Abdelaziz Baidada¹, Aicha Kharbach¹

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Maternity Souissi, University Hospital Center Ibn Sina, University Mohammed V, Rabat, Morocco, ²Department of Pathology, Child Hospital, University Hospital Center Ibn Sina, University Mohammed V, Rabat, Morocco

[&]Auteur correspondant: Abderrahim Siati, Department of Gynecology and Obstetrics, Maternity Souissi, University Hospital Center Ibn Sina, University Mohammed V, Rabat, Morocco

Received: 19 Feb 2020 - Accepted: 26 Feb 2020 - Published: 17 Mar 2020

Domain: Gynecology

Mots clés: Léiomyome, nécrobiose septique, hystérectomie

Résumé

Les léiomyomes infectés ou suppuratifs, sont des complications rare mais grave des léiomyomes bénins. On rapporte un cas rare d'une femme ménopausée de 47 ans, G4P4, suivie pour une connectivite mixte avec une notion d'une corticothérapie au long cours, a été admise au service des urgences gynécologiques pour une douleur abdominale aigue. L'examen physique et les études d'imagerie ont révélé une masse pelvienne avec péritonite. Une laparotomie d'urgence a révélé un utérus polymyomateux avec un grand myome spontanément perforé qui fuit un matériel purulent abondant directement dans la cavité péritonéale. Une hystérectomie totale et une salpingo-ovariectomie bilatérale ont été réalisées. L'histopathologie a confirmé une nécrobiose septique, avec des foyers de nécroses associés à des infiltrats inflammatoires et n'a révélé aucune malignité. Les études bactériologiques ont montré la présence d'une infection par *Enterococcus faecalis*. La patiente s'est rétablie après une antibiothérapie combinée et déclarée sortante après 7 jours d'hospitalisation. Les gynécologues doivent être conscients de cette rare situation d'urgence, en particulier lors de la présence des antécédents de léiomyome utérin et si des signes d'infection ou même de septicémie sont présents.

Case report | Volume 2, Article 117, 17 Mar 2020 | 10.11604/pamj-cm.2020.2.117.21860

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/2/117/full>

©Abderrahim Siati et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



Abstract

*Infected or suppurative leiomyomas is rare, but a very serious complication of benign leiomyomas. A 47-year-old menopausal woman, G4P4, followed for mixed connectivitis with a notion of long-term corticosteroid therapy, was admitted to our gynecological emergency department for acute abdominal pain. Physical examination and imaging studies revealed a pelvic mass with peritonitis. An emergency laparotomy revealed a polymyomatous uterus with a large spontaneously perforated myoma which leaks abundant purulent material directly into the peritoneal cavity. A total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were performed. Histopathology confirmed septic necrobiosis, showed foci of necrosis associated with inflammatory infiltrates and did not reveal any malignancy. Bacteriological studies have shown the presence of infection with *Enterococcus faecalis*. The patient recovered after combined antibiotic therapy and was discharged from the hospital on the 7th postoperative day. Gynecologists should be aware of this rare emergency, especially when there is a history of uterine leiomyoma and if signs of infection or even sepsis are present.*

Key words: *Leiomyoma, septic necrobiosis, hysterectomy*

Introduction

Les léiomyomes infectés ou suppuratifs, sont des complications rare mais grave des léiomyomes bénins. Cet événement potentiellement mortel a un taux de mortalité de 21% [1, 2]. Le taux de mortalité élevé est probablement dû au manque de la reconnaissance et la gestion appropriée de cette pathologie [2]. Des myomes surinfectés ont été signalés au cours des grossesses, dans la période après un avortement ou une naissance, avec usage des instruments sur un utérus myomateux (insertion, dilatation et curetage), avec infection utérine ascendante et chez les femmes ménopausées [2, 3]. Nous démontrons le rôle crucial de la reconnaissance précoce de cette terrible complication, pour laquelle seule l'ablation chirurgicale de la source infectée et une antibiothérapie pourraient sauver la vie.

Patient et observation

Une femme ménopausée de 47 ans, G4P4, suivie pour une connectivite mixte depuis cinq ans et mise sous corticothérapie, s'est présentée à notre service d'urgence en raison de l'apparition soudaine d'une douleur pelvienne aiguë, nausée, vomissement, constipation et fièvre depuis trois jours.

À l'arrivée à notre service d'urgence, sa température corporelle était de 39°C, le pouls était de 135/min, la fréquence respiratoire était de 18/min et la pression artérielle était de 09/50 mmHg. Elle avait des antécédents de léiomyomes utérins depuis plus de 10 ans. En outre, elle avait une douleur abdominale intermittente, fièvre et perte de poids de 4 kg de cause inconnue au cours des 6 derniers mois. L'examen physique a révélé une distension abdominale et une sensibilité diffuse sur tout l'abdomen avec une défense musculaire. L'examen gynécologique a montré un utérus augmenté de taille, un col d'aspect sain avec des leucorrhées jaunâtres et une énorme masse immobile ferme dans la paroi postérieure de l'utérus. L'échographie pelvienne a révélé un utérus augmenté de taille avec une grande tumeur échogène hétérogène située sur le fond de l'utérus suggérant un énorme myome dégénéré kystique en nécrobiose mesurant 170x120 mm (Figure 1). De plus, une ascite de grande abondance a été objectivée par l'examen échographique.

La patiente a été mise en condition, des prélèvements biologiques ont été réalisés, une antibiothérapie probabiliste à large spectre a été instaurée. Une laparotomie exploratrice avec une incision médiane sous ombilicale a été indiquée devant l'altération de l'état générale de la patiente. A l'exploration: présence d'un épanchement de grande

abondance fait de pus, un utérus polymyomateux de grande taille avec identification d'un myome perforé au niveau fundique (Figure 2). Les ovaires et l'appendice étaient d'aspect habituel. Une aspiration d'une grande quantité de pus (environ 1500 ml) a été effectuée. Une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale a été réalisée. Des prélèvements bactériologiques ont été faits avec un lavage soigneux de la cavité péritonéale par une solution saline chaude et des lames de Delbet sont mises en place. L'examen anatomopathologique a objectivé: un utérus polymyomateux avec présence d'un grand léiomyome fundique, contenant un tissu nécrotique massif et des infiltrats inflammatoires avec perforation de la séreuse utérine. L'examen histologique a confirmé alors un état de nécrobiose septique sans transformation maligne. Les résultats des examens bactériologiques ont confirmé la présence d'*Enterococcus faecalis* dans les différents prélèvements effectués. Une antibiothérapie à base de ceftriaxone a été administrée pendant une durée de 5 jours. L'évolution post opératoire était favorable et la patiente est déclarée sortante en bonne conditions après 7 jours d'hospitalisation.

Discussion

Les myomes surinfectés sont des entités inhabituelle des léiomyomes utérins, mais ils restent invariablement un trouble mortel et nécessitent une extirpation chirurgicale [4]. On suppose que les myomes surinfectés sont dus à la colonisation bactérienne des léiomyomes infarcis [5]. Les organismes en cause sont: *Clostridium spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Proteus spp.*, *Serratia marcescens*, *Actinomyces meyeri*, *Enterococcus faecalis*, *Edwardsiella tarda*, *Klebsiella pneumoniae*, *Candida parapsilose* et *Peptostreptococcus tetradius*. Ils peuvent se propager par l'invasion directe de la cavité utérine, par l'intermédiaire des structures voisines ou par les voies lymphovasculaires [6]. Les femmes qui sont très vulnérables comprennent: les femmes enceintes, en post

partum ou femmes après avortement, celles qui ont des antécédents de manipulation instrumentale de l'utérus, les ménopausées et les femmes immunodéprimées [2, 3], probablement parce que les hémorragies ou des changements myomateux ischémiques (infarctus) qui se produisent couramment pendant ces périodes mettent ces femmes à plus grand risque de colonisation bactérienne. Seul cela, peut expliquer pourquoi notre patiente qui était ménopausée avec une notion de corticothérapie au long cours (immunodépression), avait un léiomyome infecté. Depuis 1945, seulement 19 cas de myomes infectés ont été signalés [2, 7, 8]. Neuf cas étaient liés à la grossesse ou à l'avortement, sept cas survenus chez des femmes ménopausées, et trois cas chez des femmes ni enceintes ni ménopausées. Les modes de présentation et les complications des myomes surinfectés varient.

Les présentations les plus courantes dans les 19 cas examinés fièvre (84%), douleurs abdominales (57%), douleurs abdominales avec masse et perte de poids. Les complications courantes inclus: une péritonite, septicémie et endocardite. Cependant, l'intervalle entre l'apparition initiale des symptômes et le diagnostic variaient considérablement. Un myome surinfecté peut se présenter avec un début brutal ou peut s'étendre à un an d'incubation. Il peut rester silencieux et non spécifique comme une origine identifiée de bactériémie [3]. Comme chez notre patiente, qui avait une fièvre inexplicée et une douleur abdominale basse intermittente et tolérable. En raison de la faible incidence, un diagnostic clinique rapide est généralement difficile et la possibilité de malignité ne doit jamais être exclue. En outre, une intervention chirurgicale rapide est nécessaire pour éviter des graves complications qui incluent la septicémie et la détresse respiratoire [3, 8], car le taux de mortalité est élevé. Les diagnostics différentiels pour une masse pelvienne compliqué de septicémie: abcès tubo-ovarien, pyrométrie avec obstruction du canal endocervical, cause maligne gynécologique avec invasion intestinale [3]. L'image

échographique d'un myome surinfecté se compose d'une masse pelvienne échogène avec des composants solides et kystiques [9]. Des constatations tomodynamométriques montrant une rupture du myome avec péritonite comprend: une discontinuité de la paroi du myome et air libre intra péritonéal avec ascite [7]. En plus, les images sagittales et coronales multi planaires avec injection du produit de contraste permettent un diagnostic plus précis d'un myome surinfecté avec ou sans rupture [7]. Dans notre cas, les résultats échographiques comprenaient un énorme léiomyome dégénéré kystique avec échogénicité hétérogène ainsi qu'une ascite massive.

Conclusion

Les gynécologues doivent être conscients de cette rare situation d'urgence, en particulier lors de la présence des antécédents de léiomyome utérin et si des signes d'infection ou même de septicémie sont présents. L'ablation chirurgicale du myome infecté par hystérectomie ou myomectomie, accompagnée d'une antibiothérapie est la seule intervention salvatrice pour cette condition souvent mortelle.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: représente un utérus augmenté de taille avec une grande tumeur échogène hétérogène mesurant 170 x 120 mm

Figure 2: représente un utérus polymyomateux avec identification d'un myome perforé au niveau fundique

Références

1. Genta PR, Dias MLN, Janiszewski TA, Carvalho JP, Arai MH, Meireles LP. Streptococcus agalactiae endocarditis and giant pyomyoma simulating ovarian cancer. South Med J. 2001;94(5):508-11. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Lin YH, Hwang JL, Huang LW, Chen HJ. Pyomyoma after a cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81(6):571-2. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Greenspoon JS, Ault M, James BA, Kaplan L. Pyomyoma associated with polymicrobial bacteremia and fatal septic shock: case report and review of the literature. Obstet Gynecol Surv. 1990;45(9):563-9. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Bedrosian L, Gabriels AG Jr, Hengerer AD. Ruptured suppurating myoma. Am J Obstet Gynecol. 1956;71(5):1145-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Fuller AF Jr, Lawrence WD. Case records of the Massachusetts General Hospital. N Engl J Med. 1985;312:1505-11.
6. Weiss G, Shenker L, Gorstein F. Suppurating myoma with spontaneous drainage through abdominal wall. NY State J Med. 1976;76(4):572-3. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

7. Karcaaltincaba M, Sudakoff GS. CT of a ruptured pyomyoma: case report. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;181(5):1375-7. **PubMed | Google Scholar**

8. Gupta B, Sehgal A, Kaur R, Malhotra S. Pyomyoma: a case report. *Aust NZ J Obstet Gynecol.* 1999;39(4):520-1. **PubMed | Google Scholar**

9. Tobias DH, Koenigsberg M, Kogan M, Edelman M, LevGur M. Pyomyoma after uterine instrumentation: a case report. *J Reprod Med.* 1996;41(5):375-8. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: représente un utérus augmenté de taille avec une grande tumeur échogène hétérogène mesurant 170 x 120 mm



Figure 2: un utérus polomyomateux avec identification d'un myome perforé au niveau fundique