

Actinomycose pulmonaire associée à un adénocarcinome cavitaires : un piège diagnostique

Pulmonary actinomycosis associated with cavitary lung adenocarcinoma: a diagnostic challenge

Najla Bahloul¹, Ahmed Ben Ayed², Hèla Ben Jmaà³, Oumayma Bellakhal¹, Mouna Nassri², Samy Kammoun¹, Abdesslem Hentati².

1. Department of pneumology Hedi Chaker Hospital Sfax Tunisia.
2. Department of thoracic surgery Habib Bourguiba Hospital Sfax Tunisia.
3. Department of cardio-vascular surgery Habib Bourguiba Hospital Sfax Tunisia.

RÉSUMÉ

L'association d'une actinomycose avec un cancer broncho-pulmonaire est rare.

Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 60 ans, tabagique, hospitalisé pour suspicion d'abcès pulmonaire devant une lésion cavitaires du lobe supérieur gauche. L'antibiothérapie a permis une amélioration partielle. L'évolution a été marquée par la survenue d'hémoptysies. La TDM et la TEP-TDM objectivaient une masse cavitaires hyper-métabolique du lobe supérieur gauche. Il a eu une lobectomie supérieure gauche. L'examen anatomo-pathologique a révélé un adénocarcinome au sein d'une cavité contenant des colonies d'Actinomyces.

MOTS-CLÉS

Actinomycose pulmonaire ;
adénocarcinome pulmonaire ; lésion cavitaires ; cancer broncho-pulmonaire ; hémoptysie

SUMMARY

The association of pulmonary actinomycosis with primary lung cancer is rare.

We report the case of a 60-year-old smoker, admitted for suspected lung abscess due to a cavitary lesion of the left upper lobe. Antibiotic therapy resulted in partial clinical improvement. However, persistent respiratory symptoms and hemoptysis prompted thoracic CT scan and PET-CT, which demonstrated a large hyper-metabolic cavitary mass in the left upper lobe.

He underwent left upper lobectomy. Histo-pathological examination revealed invasive adenocarcinoma arising within a large inflammatory cavity containing Actinomyces colonies.

KEYWORDS

Pulmonary actinomycosis; lung adenocarcinoma; cavitary lesion; lung cancer; differential diagnosis; hemoptysis

Correspondance

Najla Bahloul

INTRODUCTION

L'actinomyose est une infection bactérienne chronique rare causée par des bactéries du genre *Actinomyces*, des bacilles Gram positif anaérobies, commensaux des tractus oro-pharyngé, digestif et génital. La localisation cervico-faciale représente la forme clinique la plus fréquente, tandis que les atteintes thoraciques sont plus rares, et représentent environ 15 à 20 % des cas (1, 2).

L'actinomyose pulmonaire constitue un véritable défi diagnostique en raison de manifestations cliniques et radiologiques non spécifiques, pouvant mimer une tuberculose, un abcès pulmonaire ou une tumeur broncho-pulmonaire maligne. L'association entre actinomyose pulmonaire et cancer bronchique primitif demeure exceptionnelle et reste rarement rapportée dans la littérature (3, 5).

Nous rapportons l'observation d'un patient présentant un adéno-carcinome pulmonaire cavitairé associé à une actinomyose pulmonaire découverte à l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

OBSERVATION

Un patient âgé de 60 ans, grand tabagique à 40 paquets-années, sans antécédents pathologiques particuliers, a été hospitalisé pour prise en charge d'une lésion pulmonaire cavitairé initialement suspectée d'abcès pulmonaire. Une antibiothérapie probabiliste associant céfotaxime et métronidazole a été instaurée, puis relayée secondairement par amoxicilline-acide clavulanique, avec une amélioration clinique partielle.

Après sa sortie, le patient a reconsulté à plusieurs reprises aux urgences pour persistance des symptômes respiratoires de type de toux productive et d'expectorations muqueuses. Il a été réadmis un an plus tard pour une hémoptysie.

La radiographie thoracique a montré une masse excavée au niveau du champ pulmonaire gauche (figure 1).



Figure 1. Radiographie thoracique montrant une masse excavée au niveau du champ pulmonaire gauche.

La fibroscopie bronchique ne retrouvait pas de lésion endo-bronchique visible, mais montrait des signes inflammatoires diffus des voies aériennes.

La tomодensitométrie thoraco-abdominale objectivait une volumineuse lésion excavée périphérique nécrosée, centrée entre les segments apico-dorsaux du culmen du lobe supérieur gauche et le segment de Fowler, mesurant environ 85 mm dans son plus grand axe.

La TEP-TDM a mis en évidence une masse excavée à paroi épaisse hyper-métabolique du lobe supérieur gauche intéressant les segments apico-postérieur et linguale supérieur, avec extension partielle au segment supérieur du lobe inférieur gauche (Figure 2).

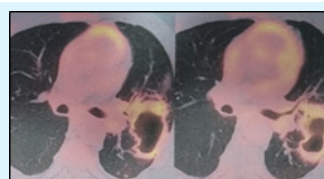


Figure 2. TEP-TDM mettant en évidence une masse excavée hyper-métabolique du lobe supérieur gauche.

Devant la forte suspicion de malignité, le patient a bénéficié d'une thoracotomie postéro-latérale gauche avec lobectomie supérieure gauche élargie au segment de Fowler, associée à un curage ganglionnaire systématique.

L'examen anatomo-pathologique a conclu à un adéno-carcinome invasif modérément différencié à prédominance lipidique et acinaire. Le foyer tumoral invasif mesurait 1,9 cm dans son plus grand axe, et se développait au sein d'une volumineuse cavité inflammatoire et nécrotique.

L'analyse histologique a mis également en évidence des colonies d'*Actinomyces* au sein de la cavité tumorale, en faveur d'une actinomyose pulmonaire active associée. Les ganglions analysés étaient indemnes de métastases.

Les suites post-opératoires précoces ont été compliquées par un pneumothorax infecté localisé au segment antéro-basal. Quelques semaines après sa sortie, le patient a présenté une hémoptysie massive d'apparition brutale, responsable d'une dégradation hémodynamique rapide ayant conduit à son décès.

DISCUSSION

L'actinomyose pulmonaire est une affection rare, avec une incidence estimée à environ un cas pour trois millions d'habitants par an (2). Elle est principalement causée par

Actinomyces israelii, bactérie commensale de la cavité buccale et des tractus digestif et génital (1).

L'infection pulmonaire survient généralement après aspiration de sécrétions oropharyngées contaminées. Plusieurs facteurs prédisposants ont été identifiés, notamment le tabagisme chronique, l'altération de l'hygiène bucco-dentaire, l'alcoolisme, ainsi que les maladies pulmonaires chroniques telles que la broncho-pneumopathie chronique obstructive, les bronchectasies ou les séquelles de tuberculose (3). Une prédominance masculine est classiquement rapportée dans la littérature, comme dans notre observation.

Les manifestations cliniques de l'actinomyose pulmonaire sont peu spécifiques et associent le plus souvent une toux chronique, des expectorations, des douleurs thoraciques, une dyspnée, une fièvre, un amaigrissement ou une hémoptysie (1, 3).

Sur le plan radiologique, les lésions peuvent prendre des aspects variés : condensation parenchymateuse, nodules, masses pseudo-tumorales ou lésions excavées. À un stade évolué, les lésions peuvent envahir les structures adjacentes sans respecter les barrières anatomiques, simulant ainsi un processus néoplasique (1).

Dans notre cas, la présence d'une volumineuse lésion cavaire hyper-métabolique chez un grand tabagique orientait fortement vers une pathologie néoplasique primitive ou un abcès pulmonaire chronique. L'amélioration clinique partielle sous antibiothérapie a initialement favorisé l'hypothèse infectieuse, retardant probablement le diagnostic tumoral.

L'association entre cancer broncho-pulmonaire et actinomyose demeure exceptionnelle, et constitue un véritable piège diagnostique (4, 5). Quelques cas isolés ont été rapportés dans la littérature, notamment une observation récente d'adéno-carcinome colloïde associé à une actinomyose pulmonaire, diagnostiquée après résection chirurgicale d'une lésion rapidement évolutive (5). Les auteurs soulignaient la difficulté de distinguer les deux entités sur le plan clinique et le plan radiologique, l'actinomyose pouvant simuler ou compliquer une lésion néoplasique.

Par ailleurs, les lésions d'actinomyose pulmonaire peuvent apparaître hyper-métaboliques au PET-scan, limitant la valeur discriminante de cet examen, dans le diagnostic différentiel avec le cancer broncho-pulmonaire (6). Une observation récente rapportait le cas d'un patient présentant des lésions pulmonaires hyper-métaboliques bilatérales, chez qui une amélioration partielle sous antibiothérapie avait initialement orienté vers une origine infectieuse avant qu'un cancer pulmonaire associé ne soit finalement diagnostiqué (6).

De manière similaire, notre patient présentait une amélioration clinique partielle sous antibiothérapie initiale, alors que

la persistance des symptômes respiratoires et l'évolution radiologique défavorable ont finalement conduit à une prise en charge chirurgicale. Le diagnostic définitif d'adéno-carcinome associé à des colonies d'*Actinomyces* n'a été établi qu'à l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Cette coexistence rare souligne l'importance d'une analyse histologique systématique devant toute lésion pulmonaire cavaire persistante, particulièrement chez les patients tabagiques à haut risque de cancer broncho-pulmonaire.

CONCLUSION

L'association entre actinomyose pulmonaire et adéno-carcinome bronchique demeure exceptionnelle, et constitue un important piège diagnostique, particulièrement chez les patients tabagiques présentant une lésion pulmonaire cavaire.

Notre observation illustre la difficulté du diagnostic différentiel entre infection chronique et processus néoplasique, malgré l'apport de l'imagerie moderne et du PET-scan. L'amélioration partielle sous antibiothérapie ne doit pas faire méconnaître une pathologie tumorale sous-jacente.

Ce cas souligne le rôle essentiel de l'examen anatomo-pathologique dans l'évaluation des lésions pulmonaires excavées persistantes. Une approche multi-disciplinaire associant pneumologues, radiologues, chirurgiens thoraciques et anatomo-pathologistes demeure indispensable afin d'assurer une prise en charge optimale et précoce.

REFERENCES

1. Revue Médicale Suisse. Stabrowski T, Chuard C. Actinomyose. Rev Med Suisse. 2014;10(442):2330-4.
2. Cureus. Boot M, Archer J, Ali I. The diagnosis and management of pulmonary actinomycosis. Cureus. 2023;15(2): e35142.
3. Diseases. Montenegro JF, Correa Forero V, Liscano Y, Grueso Pineda A, Bonilla Bonilla DM, Ruiz Jimenez PA. Actinomycosis: mimicking malignancies in multiple anatomical sites—a three-patient case series. Diseases 2023; 11(3): 95.
4. Respiratory Medicine Case Reports. Drozdowicz K, Marquez HA, Burks EJ, Suzuki K. Lung adenocarcinoma and pulmonary actinomycosis: a cautionary tale. Respir Med Case Rep 2022; 37: 101648.
5. Respiratory Case Reports. Sugihara M, Goto D, Ishiya S, Okamoto S, Takenaka H, Taniguchi T. Colloid adenocarcinoma of the lung with concomitant pulmonary actinomycosis: a case report. Respir Case Rep. 2025;13(1):e70034.
6. Frontiers in Medicine. Fang S, Wang J, Zhu X, Gai X, Sun Y. A rare case of pulmonary actinomycosis and concomitant small cell lung cancer. Front Med (Lausanne) 2025; 12: 1567197.