

Prise en charge de l'abcès du psoas: notre expérience au CHU-JRA et revue de la littérature.

Rakotomena SD^{*1}, Solo CE², Nafompona AJ³,
Rajaonarivony T¹, Samison LH⁴, Rakoto Ratsimba HN¹



¹Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar
²Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Tanambao I, Antsiranana, Madagascar
³Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar
⁴Service de Chirurgie Viscérale B, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction: L'abcès du psoas est une affection redoutable et souvent de diagnostic difficile. Notre objectif est de rapporter notre expérience dans la prise en charge de cette pathologie.

Patients et méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 5 ans, allant de janvier 2015 à mars 2019, portant sur les abcès du psoas de l'adulte pris en charge dans les services de chirurgie viscérale (A et B) du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le genre, les données cliniques et paracliniques, l'étiologie, les modalités du traitement, les données de la microbiologie ainsi que les suites évolutives.

Résultats: Nous avons colligé 21 patients avec un âge moyen de 37,85 ans $\pm$ 11,22 (18 à 62 ans) et un sex-ratio de 2,5. La fièvre (100% des cas), le psoitisme (57% des cas) et la douleur lombaire (52% des cas) prédominaient la clinique. La biologie révélait un syndrome inflammatoire chez tous les patients et une hyperleucocytose à prédominance neutrophile dans 90% des cas. L'échographie et la tomodensitométrie abdominale avaient permis de poser le diagnostic d'abcès du psoas dans respectivement 95% et 43% des cas. L'abcès était primitif dans 57% des cas. Les germes les plus incriminés étaient Staphylococcus aureus (47,61% des cas), Proteus Mirabilis (28,57% des cas) et Mycobacterium tuberculosis (28,57% des cas). Après le traitement chirurgical, l'évolution était favorable dans 47,61% des cas.

Conclusion: La prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'abcès du muscle psoas iliaque est encore un défi dans notre contexte. La sensibilisation de nos praticiens sur l'existence, la gravité et la prise en charge de cette pathologie pourrait contribuer à l'amélioration de leur pronostic.

Mots clés: Abcès du psoas; Chirurgie; Diagnostic; Epidémiologie

Abstract

Titre en anglais: Psoas abscess management: our experience and review of literature.

Introduction: Psoas abscess is a dreadful affection and the diagnosis is difficult. The aim of our study is to report our experience in the management of this pathology.

Patients and method: We performed a descriptive retrospective study over a period of 5 years, from January 2015 to March 2019, on adult's psoas abscess in the visceral surgery departments (A et B) of the Joseph Ravoahangy Andrianavalona University Hospital Center. The parameters studied were age, gender, clinical and paraclinical data, etiology, treatment modalities, microbiology result, and clinical evolution.

Results: We collected 21 patients with a mean age of 37.85 years $\pm$ 11.22 (18 to 62 years) and a sex-ratio of 2.5. Fever (100% of cases), psoitism (57% of cases) and lumbar pain (52% of cases) were predominated symptoms. Biology revealed an inflammatory syndrome in all patients and predominantly neutrophilic leukocytosis in 90% of cases. Abdominal ultrasonography and abdominal computed tomography revealed the diagnosis of psoas abscess in 95% and 43% of cases, respectively. The abscess was primitive in 57% of the cases. The most incriminated organisms were Staphylococcus aureus (47.61% of cases), Proteus Mirabilis (28.57% of cases) and Mycobacterium tuberculosis (28.57% of cases). After surgery, the evolution was favorable in 47.61% of the cases.

Conclusion: The diagnostic and therapeutic management of iliopsoas muscle abscess is still a challenge in our context. The awareness of our practitioners about the existence, severity and management of this pathology could contribute to improve their prognosis.

Key words: Diagnosis; Epidemiology; Psoas abscess; Surgery

Introduction

L'abcès du psoas est une infection rétro-péritonéale rare se traduisant par une suppuration profonde du muscle psoas-iliaque, décrite pour la première fois par Mynter en 1881 [1]. Il peut être primitif, sans cause décelable, ou secondaire à l'extension d'une infection locorégionale [2]. Cette entité est de diagnostic difficile du fait de la présentation clinique qui est insidieuse et d'une symptomatologie pauvre et ou peu spécifique [3]. Son diagnostic est un défi, car tout retard grève le pronostic vital. Néanmoins, les progrès de l'imagerie médicale sont d'une aide précieuse, notamment l'échographie, la tomodensitométrie (TDM) et l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) qui permettent le plus souvent de confirmer le diagnostic [4]. Notre objectif est de rapporter notre expérience dans la prise en charge de cette pathologie dans les services de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) et d'en discuter par rapport à la littérature.

Patients et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur une période de 5 ans, allant de janvier 2015 au mars 2019, des cas d'abcès du psoas de l'adulte pris en charge dans les services de chirurgie viscérale A et B au sein du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le genre, les données cliniques et paracliniques, l'étiologie, les modalités du traitement, les données de la microbiologie ainsi que les suites évolutives.

Résultats

Nous avons pris en charge 21 patients présentant un abcès du psoas pendant notre période d'étude. L'âge moyen était de 37,85 ans $\pm$ 11,22 avec des extrêmes de 18 à 62 ans. Le sex-ratio était de 2,5. Dix-huit patients avaient eu des antécédents (85,71% des cas). Les antécédents d'appendicectomie prédominaient avec 33,33% des cas (n=7). Ils étaient suivis des antécédents de spondylodiscite dans 19,05% des cas (n=4). Les patients étaient diabétiques dans 28,57% des cas (n=6), et un patient était sous corticothérapie au long cours au moment de l'admission. Un patient avait un antécédent de tuberculose pulmonaire.

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rakotomenadavida@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar

traînée et déclarée guérie. Une notion de traumatisme était retrouvée chez un patient. Le délai moyen de consultation était de 68,61 jours avec des extrêmes entre 18 et 240 jours. La douleur lombaire était le principal motif de consultation (52% des cas) (n=11). Cette douleur était associée à un état fébrile chez tous les patients. L'état général était altéré chez 8 patients (38,10% des cas). Une impotence fonctionnelle du membre inférieur du côté atteint était retrouvée dans 42,86% des cas (n=9). L'examen physique révélait un psoitis chez 12 patients (57% des cas). La palpation abdominale retrouvait une défense abdominale et une tuméfaction abdominale avec respectivement un taux de 52,38% (n=11) et 14,29% (n=3). L'examen biologique révélait un syndrome inflammatoire dont une élévation de la CRP chez tous les patients et une hyperleucocytose à prédominance neutrophile dans 90% des cas (n=19). L'échographie abdominale et la TDM abdominale avaient permis de poser le diagnostic d'abcès du psoas dans respectivement 95% et 43% des cas. Le côté droit était le côté le plus atteint (61,90% des cas) (n=13). Aucune localisation bilatérale n'avait été retrouvée. L'abcès du psoas était primitif dans 57% des cas (n=12) et un foyer appendiculaire prédominait chez les cas d'abcès du psoas secondaires (44,44% des cas; n=4) (Tableau 1). Concernant le traitement chirurgical, la principale voie d'abord était extra-péritonéale à travers une incision pararectale dans 76,20% des cas (n=16). Une laparotomie était réalisée chez 5 patients (23,80% des cas) dont 4 incisions de McBurney et une laparotomie médiane. Aucun drainage percutané n'était réalisé chez nos patients. Tous les patients avaient bénéficié d'un prélèvement pour examen bactériologique du pus, suivi d'un lavage et d'un drainage chirurgical par deux lames de Delbet. Les principaux gestes chirurgicaux effectués étaient une appendicectomie chez quatre patients et une hémicolectomie droite avec iléostomie chez un patient. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre était instaurée puis adaptée selon les résultats de l'antibiogramme. L'antibiothérapie était poursuivie après le drainage de l'abcès et sa durée moyenne était de 4 semaines. A la bactériologie, les germes les plus incriminés étaient *Staphylocoque auréus* (47,61% des cas), *Protéus Mirabilis* (28,57% des cas) et *Mycobacterium tuberculosis* (28,57% des cas). Les germes étaient multi-résistants chez 8 patients (38,09% des cas) (Tableau 2). Après le traitement chirurgical et une antibiothérapie adaptée, les suites opératoires étaient favorables dans 47,61% des cas (n=10). Le taux de morbidité était de 52,39% (n=11) (Tableau 3). La principale complication était la récurrence de l'abcès au cours de l'hospitalisation dans 19,05% des cas (n=4) et le sepsis sévère dans 14,29% des cas (n=3). Quatre patients décédaient d'un choc septique postopératoire avec un taux de mortalité de 19,05%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 20,81 jours avec des extrêmes de 7 à 38 jours.

Discussion

L'abcès du psoas est une entité rare dont l'incidence est encore mal connue [3]. Dans notre pratique au CHU-JRA, cette pathologie est peu fréquente car pendant une période de cinq ans, nous n'avions colligé que 21 cas dont 12 cas d'abcès primitif et 9 cas d'abcès secondaire. Millogo, dans une étude réalisée en 2012, à Ouagadougou, a recensé 20 cas d'abcès du psoas dont 12 primitif et 8 secondaires sur une période de 10 ans [4]. En Afrique, sa fréquence varierait entre 1,5 à 3 cas/an [5]. La pathogénie de ces abcès est également peu connue. Plusieurs hypothèses sont avancées. D'abord, l'abcès du psoas iliaque pourrait être se-

Foyer primitif	Effectif (n=21)	(%)
Primaire	12	57
Secondaire	9	43
• Abcès appendiculaire	4	44,44
• Mal de Pot	1	11,11
• Spondylodiscite	1	11,11
• Cancer colique droit	1	11,11
• Hématome surinfecté post-traumatique	1	11,11

Tabl 1: Etiologies des abcès du psoas

Germes isolés	Effectif	(%)
<i>Staphylocoque auréus</i>	10	47,61
<i>Protéus Mirabilis</i>	6	28,57
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	6	28,57
<i>Escherichia Coli</i>	2	9,52
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	4,76
<i>Pseudomonas</i>	1	4,76
BMR	8	38,09
Non documenté	4	19,04

Tabl 2: Germes isolés à la bactériologie

Suites opératoires	Effectif (n=21)	(%)
Favorable	10	47,61
Complications	11	52,39
• Récidive	4	19,05
• Décès	4	19,05
• Sepsis sévère	3	14,29

Tabl 3: Suites évolutives des abcès du psoas

condaire à une contamination à partir d'un site d'infection du voisinage telle qu'une adénite, un hématome surinfecté, ou à une contamination par voie hématogène [6]. Cette dernière est souvent d'origine intestinale, ostéoarticulaire ou génito-urinaire [7]. Les causes secondaires sont fréquentes dans les pays développés [6]. Au CHU-JRA, la principale étiologie des abcès du psoas secondaires était les abcès appendiculaires. Ensuite, il était avancé que la vascularisation importante du muscle psoas iliaque facilite et prédispose à la propagation des germes à partir des sites d'infection occulte [8]. A part, sans foyer primitif, l'abcès primaire du psoas-iliaque est fréquent en milieu tropical mais rare sous les climats tempérés [6,9]. Il survient surtout chez les immunodéprimés, les diabétiques, les insuffisants rénaux chroniques, les éthyliques, les toxicomanes et d'une façon générale chez les prédisposés aux infections [8,10,11]. Dans notre étude, six patients sur 21 étaient diabétiques et un patient était sous corticothérapie au long cours. Notre âge moyen (37,85 ans) était comparable aux séries africaines comme celle de Millogo [4] et celle de Diakit [12] qui avaient retrouvé respectivement un âge moyen de 42,65 ans et de 32 ans. Dans les séries européennes, les patients sont plus âgés. Ainsi, Audia [13] et Penado [14] trouvaient respectivement un âge moyen de 65,5 ans et 52 ans. Une prédominance masculine était notée dans notre série, ce qui était comparable aux données de la littérature [4,14]. Dans la présente étude, la durée moyenne d'évolution des symptômes était de 68,61 jours avec des extrêmes entre 18 et 240 jours, ce qui est plus élevée par rapport à la littérature [4,9,13]. Ce retard de consultation pourrait être dû au début insidieux de la symptomatologie, n'alarmant pas le patient. Par la suite, la non spécificité des signes révélateurs pourrait induire le

médecin à une erreur de diagnostic. En effet, le cortège symptomatique de l'abcès du psoas est composé d'une fièvre, d'une douleur abdominale et/ou lombaire et d'un signe du psoas positif [15]. D'autres symptômes peuvent être aussi observés comme des nausées, un malaise, une perte de poids et des troubles du transit [7]. Un syndrome inflammatoire biologique est présent dans 100% des cas [15]. Dans notre étude, tous ces signes avaient été rapportés. Ce polymorphisme clinique favorise la difficulté et le retard du diagnostic. Toutefois, l'apport de l'imagerie est considérable. L'échographie, demandée souvent en première intention, montre une formation hypoéchogène contenant de fins échos. Mais cet examen paraît moins sensible que la TDM [3]. La majorité de nos patients avaient eu une échographie abdominale (95% des cas). Actuellement, la TDM est le gold-standard pour diagnostiquer un abcès du psoas avec une spécificité de 95%. Elle constitue l'examen de choix montrant un élargissement du muscle psoas avec une masse hypodense contenant parfois des gaz, ronde ou ovale, à paroi plus ou moins épaisse qui se rehausse après injection de produit de contraste [3]. La TDM était pratiquée chez 43% des patients dans notre étude. Bien que l'IRM n'ait pu être réalisée dans notre série en raison de son indisponibilité dans notre infrastructure, elle est intéressante par ses images de haute résolution permettant de bien différencier un abcès d'un hématome mais aussi de rechercher une spondylodiscite associée. Effectivement, elle montre un hyposignal en séquence pondérée T1 et un hypersignal en séquence pondérée T2. Sa valeur diagnostique est parfois supérieure à celle de la TDM et son bilan d'extension est plus précis [16]. Dans la littérature et dans notre série, le côté droit est le plus fréquemment concerné [17]. Ceci pourrait s'expliquer par le rapport anatomique du psoas avec l'iléon terminal, le caecum et l'appendice. La prise en charge est essentiellement chirurgicale basée sur la mise à plat de l'abcès, le lavage, le drainage et le traitement étiologique. Le drainage chirurgical était exclusivement le type d'intervention réalisée dans notre série. Il avait été mené par voie extra-péritonéale à travers une incision para-rectale dans la majorité des cas. En effet, l'évolution parfois insidieuse et le retard diagnostique variant de 18 à 240 jours dans notre série rend compte du caractère évolué de l'abcès et de la difficulté du traitement à minima associant antibiothérapie et drainage percutané. Le drainage percutané de première intention est actuellement admis par la plupart des équipes [18,19,20] en raison de sa simplicité, de sa rapidité, de sa faible morbidité et mortalité assurant un geste thérapeutique sûr et efficace. Il peut être réalisé par échographie ou par TDM [21]. Dans notre série, aucun de nos patients n'avait bénéficié de cette technique percutanée car la radiologie interventionnelle n'était pas encore disponible dans notre établissement. En cas d'abcès de psoas-iliaque secondaire, le traitement de la maladie causale doit être réalisé [11]. Concernant la bactériologie de l'abcès, le germe isolé est souvent *Staphylococcus aureus* [5,13,20]. Nous l'avons également retrouvé dans 47,61% des cas. La recherche du bacille de Koch était positive dans 28,57% des cas. L'antibiothérapie était d'abord probabiliste ciblée sur le staphylocoque et par la suite, elle était adaptée aux résultats des prélèvements bactériologiques et de l'antibiogramme. Une chimiothérapie antituberculeuse était instaurée chez 6 patients. Les suites opératoires de notre série étaient favorables dans seulement 47,61% des cas. La morbidité était représentée par les récidives et les sepsis sévères. Le taux de mortalité était de 19,05%. Quatre patients sur 21 étaient décédés des suites

d'un choc septique, ce qui est plus élevé par rapport à l'étude de Millago qui a retrouvé un taux de mortalité de 5% (un patient sur 20) [4]. La durée moyenne d'hospitalisation était de 20,81 jours avec des extrêmes de 7 à 38 jours, ce qui rejoint la durée moyenne dans les séries africaines qui est entre 10 et 25 jours [4,22]. Les séjours sont plus longs dans les séries européennes avec un séjour moyen de 67 jours avec des extrêmes de 2 et 270 jours, l'hospitalisation la plus longue étant liée aux facteurs de comorbidités importantes [13]. Cette différence de la durée du séjour d'hospitalisation pourrait s'expliquer dans notre série par la prédominance des abcès primaires.

Conclusion

L'abcès du muscle psoas-iliaque est une pathologie peu fréquente. Le tableau clinique est souvent polymorphe et non spécifique favorisant la difficulté et le retard du diagnostic. L'apport de l'imagerie est essentiel dans son diagnostic. La prise en charge de l'abcès du muscle psoas iliaque reste encore un défi dans notre contexte. Elle est essentiellement chirurgicale basée sur une mise à plat et un drainage. Le succès thérapeutique dépend de la précocité diagnostique et il ne peut être assuré qu'en associant le traitement de l'abcès et celui de son étiologie. La sensibilisation de nos praticiens sur l'existence, la gravité et la prise en charge de cette pathologie pourrait contribuer à l'amélioration du pronostic.

Références

- 1- Mynter H. Acute psoitis. *Buffalo Med Surg J* 1881; 21: 202-10.
- 2- Ennaifer R, Ouakaa K, Kchaou A, Belhadj N, Elloumi H, Gargouri D, Kochlef A, et al. Abcès du psoas révélant une maladie de Crohn. A propos de 3 observations. *Tunis Med* 2009; 87: 340-3.
- 3- Asseban M, Qarro A, Bazine K, Beddouch A, Lezrek M, Ammani A, Alami M. Drainage percutané de l'abcès du psoas: Notre expérience et revue de la littérature. *Afr J Urol* 2014; 20: 42-7.
- 4- Millogo KM. L'abcès du psoas: aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs [Thèse]. Médecine humaine: Ouagadougou; 2012: 88p.
- 5- Togo A, Traoré M, Togo B, Diallo G, Keita M. Abcès du psoas chez une femme enceinte: une observation à Bamako. *East Mediterr Health J* 2010; 16: 1295-6.
- 6- Moudouni MS, Dahami Z, Hocar O, Gabsi M, Boukhari M, Barjani F, et al. Les abcès du psoas: aspects diagnostique et thérapeutique. *Afr J Urol* 2005; 11: 319-22.
- 7- Bencheikroun A, Nouini Y, Kasmaoui E, Jira H, Qarro A, Faik M. Les abcès du psoas: à propos de 12 cas. *Ann Urol* 2002; 36: 310-3.
- 8- Crisan A, Nicoara E, Bota K, Bordes D. Primary psoas abscess. *Timisoara Medical Journal* 2004; 54: 374-6.
- 9- Echarrab M, Medarhri J, El Ounani M, Louchi A, Amraoui M, Errougani A, et al. Les abcès du psoas à pyogène. A propos de 21 cas. *Médecine du Maghreb* 2000; 79: 32-4.
- 10- Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. *South Med J* 2001; 94: 2-5.
- 11- Pérez Herbón M, Rodríguez Constenla I, Lado Lado FL, Rodríguez López I. Absceso primario de psoas. *An Med Interna* 2004; 21: 50-1.
- 12- Diakitè I. Abcès du psoas au CHU Gabriel Touré, Bamako (Mali) : à propos de 11 cas [Mémoire]. Médecine humaine: Bamako; 2006 (M 34).
- 13- Audia S, Maetha B, Grappin M, Duong M, Buisson M, Couaillier JF, et al. Les abcès pyogènes secondaires du psoas: à propos de 06 cas et revue de la littérature. *Rev Med Interne* 2006; 27: 828-35.
- 14- Penado S, Espina B, Francisco Campo J. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 257-60.
- 15- Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J* 2004; 80: 459-62.
- 16- Cantasdemir M, Kara B, Cebi D, Selcuk ND, Numan F. Computed tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary iliopsoas abscesses. *Clin Radiol* 2003; 58: 811-5.
- 17- Majdoub Hassani G. Traitement par drainage percutané de l'abcès du psoas [Thèse]. Médecine humaine: Fes; 2016: 118p.
- 18- Conde R, Estebanez J, Rodrigues A, Amon J, Simal F, Martinez JM. Treatment of psoas abscess: percutaneous drainage or open surgery. *Prog Urol* 2000; 10: 418-23.
- 19- Younes M, Laziz Ben Ayeche M, Bejia I, Benhamida R, Dahmene J, Moula T. Abcès tuberculeux du psoas sans atteinte rachidienne associée: A propos d'un cas. *Rev Med Interne* 2002; 23: 549-53.

- 20- Zissin R, Gayer G, Kots E, Werner M, Shapiro-feinberg M, Hertz M. Iliopsoas abscess: A report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdom Imaging* 2001; 26: 533-5.
- 21- Dahami Z, Sarf I, Dakir M, Aboutaieb R, Bennani S, Elmrini M, et al. Traitement de l'abcès primitif à pyogène du muscle psoas: étude rétrospective à propos de 18 cas. *Ann Urol* 2001; 35: 329-34.
- 22- Mounkoro M. Etude de l'abcès du psoas dans le service de chirurgie A [Thèse]. Médecine humaine: Bamako; 2007: 56p.