

LES ABCÈS MÉLITOCOCCIQUES DU PSOAS : ÉTUDE DE 3 CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

C. MARRAKCHI, B. KILANI, F. KANOUN, R. ABDELMALEK, H. TIOURI, A. GOUBONTINI,
F. ZOUTEN, KH. EZZAOUIA, M. KOOLI, M. KHALFAOUI, T. BEN CHAABANE

Med Trop 2006; **66** : 261-265

RÉSUMÉ • L'atteinte rachidienne est une complication fréquente de la brucellose de l'adulte. Toutefois, les abcès du psoas pouvant s'associer à cette localisation sont rarement décrits. Les auteurs rapportent trois cas d'abcès bilatéraux des psoas, découverts au cours de l'exploration de spondylodiscites brucelliennes. Le diagnostic positif de ces abcès était facilité par l'imagerie. L'étiologie mélitococcique a été retenue devant des arguments épidémiocliniques, radiologiques et sérologiques. Le traitement comportait une association antibiotique (rifampicine-doxycycline) et une évacuation des abcès par drainage percutané, ponction à l'aiguille ou par voie chirurgicale. L'évolution était bonne. Les abcès du psoas d'origine brucellienne sont rares. Ils sont souvent de découverte fortuite au cours de l'exploration d'une spondylodiscite mélitococcique. Leur prise en charge nécessite habituellement un drainage et une antibiothérapie adaptée. Leur pronostic est favorable.

MOTS-CLÉS • Abcès - Brucellose - Psoas - Spondylodiscite.

MELITOCOCCAL PSOAS ABSCESSSES: STUDY OF THREE CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT • Vertebral involvement is a common complication of brucellosis in adults. However psoas abscess related to brucellar spondylitis have rarely reported. The purpose of this report is to describe three cases of bilateral psoas abscess identified during workup for brucellar spondylitis. Medical imaging was helpful in confirming diagnosis of these fluid collections. Epidemiological, clinical, radiological and serological findings were consistent with melitococcal etiology. Treatment was based on a combination of antibiotics (rifampicine-doxycycline) and abscess evacuation by percutaneous drainage, needle aspiration or open surgery. Outcome was favourable. Brucellar psoas abscess is uncommon. Most cases are discovered coincidentally during investigation of melitococcal spondylitis. Management usually consists of fluid drainage and appropriate antibrucellar therapy. Prognosis is favourable.

KEY WORDS • Abscess - Brucellosis - Psoas - Spondylitis.

La brucellose est une anthroponose à distribution mondiale, particulièrement fréquente dans plusieurs pays du bassin méditerranéen (1). L'atteinte du rachis lombaire est une complication classique au cours de la brucellose de l'adulte (2, 3), toutefois, les abcès du psoas compliquant cette localisation sont rarement rapportés (2, 4, 5). Nous décrivons

3 cas d'abcès bilatéraux des psoas secondaires à des spondylodiscites brucelliennes et nous discutons des particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette entité.

OBSERVATIONS

Observation 1

Ce patient âgé de 33 ans, éleveur de bétail, a été admis en octobre 2001 pour des rachialgies fébriles. Son histoire clinique remontait à 10 mois avant son admission, marquée par l'installation de douleurs mécaniques du rachis lombaire irradiant au membre inférieur gauche et gênant progressivement la marche, avec une fièvre modérée, bien tolérée, des sueurs nocturnes, des arthralgies et des myalgies diffuses, associées à un amaigrissement. L'examen notait une température à 37°C, une raideur et une douleur à la percussion des épines du rachis lombaire ainsi qu'une masse oblongue, rénitente et indolore, de 8 cm au niveau de la fosse iliaque gauche. La vitesse de sédimentation (VS) était de 115 mm à la 1^{re} heure et les globules blancs (GB) étaient à 6500/mm³. Les radiographies du

• Travail du Service des maladies infectieuses (C.M., Médecin, assistant hospitalo-universitaire en maladies infectieuses; B.K., Médecin, maître de conférence agrégé en maladies infectieuses; F.K., Médecin, maître de conférence agrégé en maladies infectieuses; R.A., Médecin, assistante hospitalo-universitaire en maladies infectieuses; H.T., Médecin, professeur en maladies infectieuses; A.G., Médecin, maître de conférence agrégé en maladies infectieuses; F.Z., Médecin, professeur en maladies infectieuses; T.B.C., Médecin, professeur en maladies infectieuses) CHU La Rabta, Tunis, Tunisie, du Service d'orthopédie (K.E., Médecin, maître de conférence agrégé en orthopédie; M.Ko., Médecin, professeur en orthopédie) CHU Charles Nicolle, Tunis, Tunisie et du Service de médecine générale (M.Kh., Médecin, spécialiste en maladies infectieuses) Hôpital Menzel Bourguiba, Tunisie.

• Correspondance : A. C. MARRAKCHI, Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie • Fax : +216 74 24 69 06.

• Courriel : marrakchichakib@yahoo.fr •

• Article reçu le 2/04/2004, définitivement accepté le 15/03/2006.

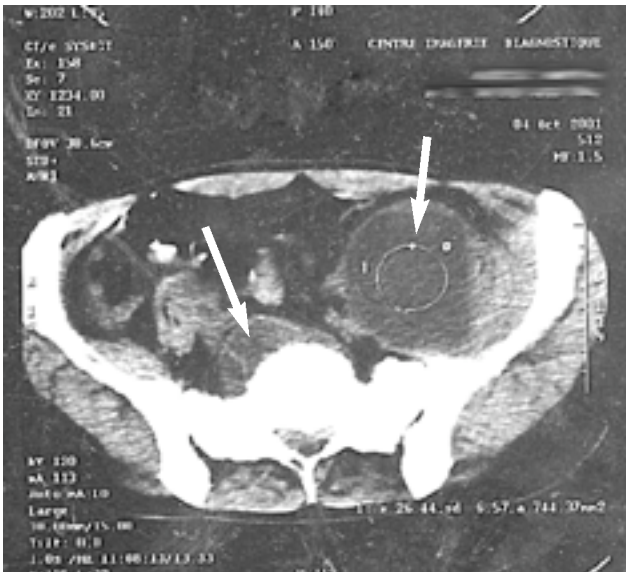


Figure 1 - Gros abcès du chef iliaque du psoas gauche, avec une collection pré-vertébrale.

rachis ont montré une disparition de la lordose lombaire, un pincement du disque L4-L5, des géodes du plateau inférieur de L4 et une érosion de l'angle antéro-supérieur de L5 avec un début de reconstruction ostéophytique. Le scanner et l'IRM du rachis lombaire ont objectivé, outre la spondylodiscite L4-L5, une collection pré-vertébrale en avant de S1, deux collections du muscle psoas gauche, l'une de 8 cm au niveau de son chef iliaque (Fig. 1) et l'autre de 7 cm, cloisonnée, au niveau de sa portion lombaire, associées à un abcès cloisonné de 5 cm du muscle psoas lombaire droit (Fig. 2). L'IDR à la tuberculine était à 15 mm et la radiographie du thorax était normale. La réaction au Rose Bengale était positive, la séroagglutination de Wright ainsi que la recherche d'anticorps antibrucellens par immuno-

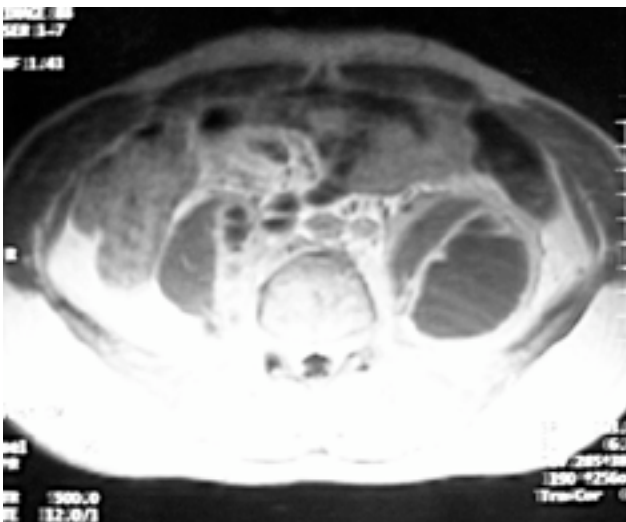


Figure 2 - Abscès cloisonnés bilatéraux des psoas lombaires.

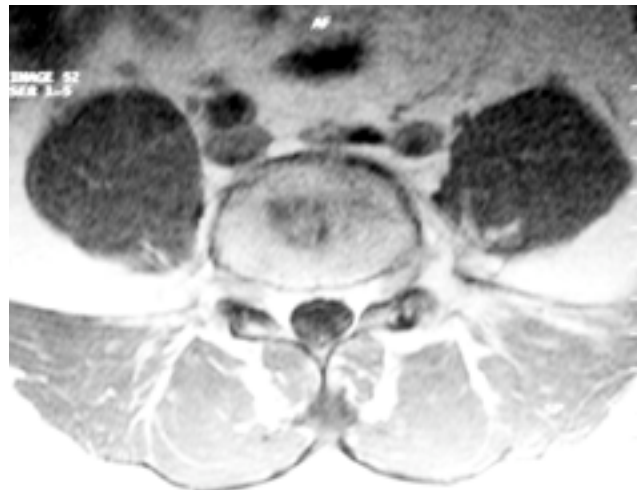


Figure 3 - Régression totale des abcès des psoas lombaires. (IRM faite à 12 mois de traitement).

fluorescence indirecte (IFI) étaient positives au titre de 1/640. Une biopsie disco-vertébrale a montré un aspect de spondylodiscite chronique sans lésion granulomateuse, sa culture était négative. Un drainage percutané scanoguidé de l'abcès du psoas iliaque gauche a permis de retirer 500 cc de liquide purulent. Les collections des chefs lombaires des psoas ont été évacuées par une ponction à l'aiguille. L'examen direct ainsi que la culture du pus des abcès étaient négatifs. Une quadrithérapie antituberculeuse (isoniazide, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide) associée à la doxycycline a été initialement instaurée, puis relayée un mois plus tard par l'association doxycycline (200 mg/j) - rifampicine (900 mg/j le matin à jeun) devant des cultures des crachats et du pus d'abcès négatives pour le BK. L'évolution clinique était progressivement favorable. Une échographie faite après 75 jours de traitement a montré la disparition des collections des psoas. A six mois il ne persistait que la collection pré-vertébrale qui a totalement régressé sur l'IRM faite à 12 mois de traitement (Fig. 3). L'antibiothérapie a été arrêtée à 1 an.

Observation 2

Cette patiente âgée de 53 ans, vivant en milieu rural et au contact du bétail, a été hospitalisée en mars 2003 pour une spondylodiscite avec abcès des psoas. Son histoire clinique remontait au mois de juillet 2002, marquée par des lombosciatalgies bilatérales, une hypersudation nocturne et des polyarthralgies, associées à une fièvre. L'examen notait un état général conservé, une splénomégalie avec douleur et raideur du rachis lombaire. Les radiographies du rachis lombaire ont montré un aspect de spondylodiscite L3-L4, avec ostéolyse antéro-supérieure de L4 et ostéophytose. La VS était à 108 et l'hémogramme était normal. La sérologie de la brucellose était positive à 1/640 pour le Wright et



Figure 4 - Abscès bilatéraux des psoas iliaques.

à 1/320 pour l'IFI. Un traitement antibiotique par rifampicine (900 mg/j en une prise le matin) et doxycycline (200 mg/j) pendant 4 mois a été instauré. Deux mois après, la patiente est revenue pour la persistance des douleurs rachidiennes. Le scanner a conclu à une spondylodiscite L3-L4, avec deux gros abcès cloisonnés des psoas iliaques et lombaires de 18 cm à droite et de 12 cm à gauche (Fig. 4 et 5) et plusieurs collections pré-vertébrales en regard du disque L3-L4. La biopsie disco-vertébrale a conclu à une spondylodiscite infectieuse chronique sans éléments de spécificité. La culture de la biopsie était négative. Un drainage sous contrôle scanographique de l'abcès du psoas iliaque droit a retiré 1350 cc de liquide purulent, dont la culture est restée négative. L'échographie faite 15 jours après le drainage a montré la persistance d'une importante collection du psoas droit, en plus de celle du psoas gauche. La patiente a été remise sous le même traitement antibiotique et un drainage chirurgical a été alors réalisé. L'antibiothérapie a été poursuivie pendant une année. A l'arrêt des antibiotiques, l'examen physique était normal, l'échographie ne retrouvait plus les collections des psoas.



Figure 5 - Abscès bilatéraux des psoas lombaires.

Observation 3

Cette patiente de 50 ans, venant d'un milieu rural et consommant fréquemment du lait cru, a été admise en octobre 2000 pour une douleur rachidienne évoluant depuis deux mois, avec une fièvre ondulante, des sueurs et un amaigrissement. L'examen a noté une température à 38,5°C, une disparition de la lordose lombaire et une douleur à la percussion des vertèbres dorsales basses et lombaires. La radiographie du rachis lombaire a montré une spondylodiscite L4-L5, avec une lyse antéro-supérieure de L5. La VS était à 84 mm et les GB étaient à 6200/mm³. La sérologie de Wright ainsi que l'IFI étaient positives à 1/640. Le bilan de tuberculose était négatif. L'IRM rachidienne a conclu à une spondylodiscite multifocale D9-D10, D10-D11 et L4-L5 associée à des collections pré et latéro-vertébrales, épidurales et des deux psoas dont la plus volumineuse se trouvait à droite et faisait 8x4 cm (Fig. 6). Un traitement antibiotique par rifampicine (900 mg/j le matin à jeun) et doxycycline (200 mg/j) a été prescrit. La ponction de l'abcès du psoas droit a ramené 50 cc de liquide jaunâtre dont l'examen direct et la culture étaient négatifs. La biopsie disco-vertébrale a conclu à un aspect de spondylodiscite chronique non spécifique. A quatre mois de traitement, il persistait encore des douleurs et une raideur rachidienne, sans anomalies neurologiques. L'IRM

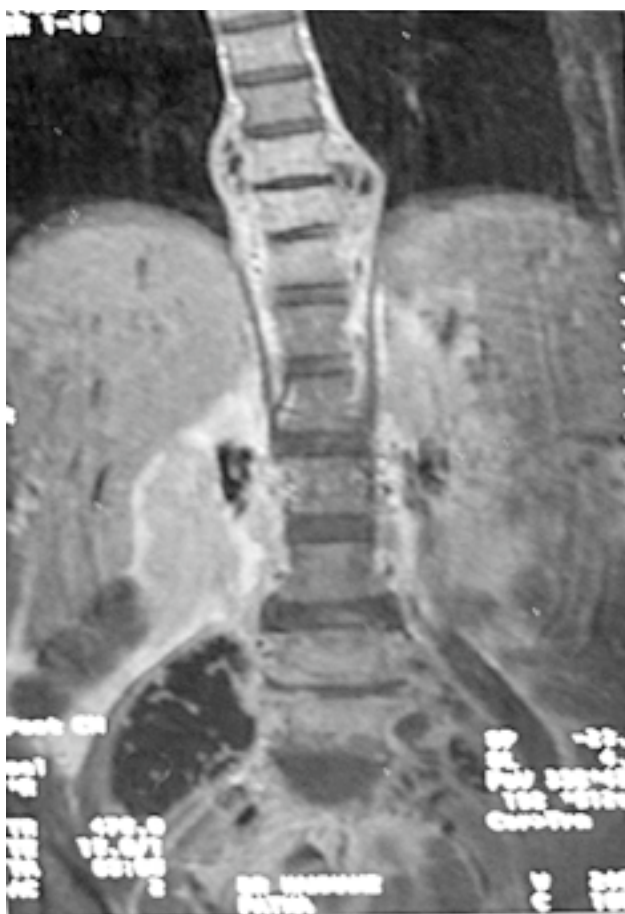


Figure 6 - Spondylodiscite D9-D10, D10-D11 et L4-L5, avec collections latéro-vertébrales et du psoas droit.

a montré une aggravation de l'épidurite en regard de L4-L5 et une augmentation de la taille des abcès des psoas qui faisait 11 cm à droite et 5 cm à gauche. Un drainage chirurgical de l'abcès du psoas droit a été alors réalisé. La biopsie de la coque de l'abcès a montré une infiltration inflammatoire granulomateuse lymphocytaire, épithélioïde et géantocellulaire sans nécrose. L'IRM faite après 11 mois de traitement a montré une nette amélioration des lésions disco-vertébrales et une disparition des anomalies des parties molles péri-vertébrales. Le traitement antibiotique a été arrêté à un an. La patiente était alors asymptomatique et les sérologies ont montré une baisse notable des anticorps anti-brucelliens.

DISCUSSION

L'abcès du psoas est une entité peu fréquente mais loin d'être exceptionnelle (6). Ses étiologies sont largement dominées par les germes pyogènes et par le bacille de Koch (2, 6, 7). Les abcès du psoas d'origine mélitococcique sont rarement rapportés et moins fréquemment décrits que les abcès brucelliens épидурaux ou para-vertébraux (8). Ils sont classiquement la complication d'une spondylodiscite lombaire diagnostiquée tardivement (1, 9). Exceptionnellement, ils peuvent être primitifs au cours d'une brucellose (2, 4, 5).

Les abcès mélitococciques du psoas évoluent souvent à bas bruit. Ils augmentent de volume sur plusieurs mois et sont fréquemment de découverte fortuite au cours de l'exploration d'une spondylodiscite (9). Un psoïtis, une masse ou une douleur des fosses iliaques peuvent toutefois être évocateurs (5). Le diagnostic positif de ces collections est facile par l'échographie, la TDM ou l'IRM, qui permettent de préciser le siège lombaire ou iliaque de ces abcès, leur aspect uni ou multiloculaire, leur localisation uni ou bilatérale ainsi que leurs tailles (5, 6). Toutefois, aucun signe radiologique n'est spécifique de l'atteinte mélitococcique, et le diagnostic de l'étiologie brucellienne de ces abcès rejoint celui de la spondylodiscite. Ce diagnostic repose sur les arguments épidémiologiques d'exposition aux brucelles, sur le caractère progressif et longtemps bien toléré des symptômes, sur la découverte d'une reconstruction osseuse précoce et d'une érosion antérieure des vertèbres atteintes sur la radiographie standard, et sur une sérologie brucellienne positive. Les hémocultures sont à ce stade souvent négatives (9). Un bilan de tuberculose négatif ainsi que la découverte d'une inflammation granulomateuse sans nécrose caséuse à la biopsie disco-vertébrale ou de la coque de l'abcès, plaident en faveur de l'étiologie brucellienne qui peut être rarement confirmée par l'isolement de la brucelle dans le pus de la collection (2, 4). Dans notre série, les cultures du pus des abcès, réalisées sur des milieux standard, ont été négatives. Aucune culture sur milieu spécifique n'a été réalisée.

Le traitement des abcès mélitococciques du psoas comporte habituellement une antibiothérapie et une évacuation des collections. Le schéma de l'antibiothérapie au cours des abcès brucelliens du psoas n'est pas bien codifié.

Si l'association doxycycline-streptomycine est actuellement la plus recommandée pour le traitement des spondylodiscites brucelliennes (2, 10), l'utilisation de la rifampicine avec la doxycycline permettrait, en l'absence d'une évacuation précoce des abcès (cas n°2-3) ou en cas de collections épидурales ou paravertébrales non opérées (cas n°1), de prolonger l'association antibiotique à plusieurs mois. Cette antibiothérapie pourrait être suffisante pour le traitement des abcès du psoas de petite taille (cas n°3), toutefois, des abcès volumineux peuvent évoluer malgré une antibiothérapie bien conduite (cas n°2-3). Une évacuation, par ponction à l'aiguille ou par drainage percutané, est nécessaire particulièrement pour les abcès symptomatiques, compressifs ou ayant un diamètre de plus de 5 cm (11). La technique de guidage dépend de la taille de l'abcès et de l'habitude de l'opérateur. Les abcès volumineux sont ainsi évacués sous guidage échographique. Le scanner a l'avantage de donner une meilleure définition du tube digestif et des rapports de l'abcès avec les structures de voisinage (11). La chirurgie reste indiquée en cas d'abcès multiples, très volumineux et cloisonnés ne pouvant être évacués efficacement par le drainage percutané (12).

L'évolution des abcès du psoas d'origine brucellienne est souvent favorable (2, 4, 5). Une restitution musculaire *integram* est souvent notée sur l'imagerie de contrôle. Les raideurs et les douleurs rachidiennes persistantes possibles sont plus en rapport avec les séquelles disco-vertébrales qu'avec la suppuration du muscle psoas.

CONCLUSION

Les abcès du psoas d'origine brucellienne sont souvent la complication d'une spondylodiscite mélitococcique. Leur diagnostic positif est habituellement facile. Le diagnostic différentiel se pose surtout avec les collections du psoas secondaires à un mal de Pott lombaire. L'exploration systématique des muscles psoas paraît nécessaire au cours de la prise en charge d'une spondylodiscite brucellienne, puisque les collections à ce niveau évoluent fréquemment à bas bruit et peuvent modifier la conduite thérapeutique.

RÉFÉRENCES

- 1 - CECCHINI L, COARI G, IAGNOCCO A, VALESINI G - Ascesso spinale brucellare. Descrizione di caso. *Reumatismo* 2001; **53** : 229-31.
- 2 - AYGEN B, ESEL D, ERDOGAN N *et Coll* - Psoas abscess secondary to brucellar spondylitis. *Turk J Med Sci* 2002; **32** : 81-3.
- 3 - COLMENERO JD, REGUERA JM, MARTOS F *et Coll* - Complications associated with *Brucella melitensis* infection : a study of 530 cases. *Medicine (Baltimore)* 1996; **75** : 195-211.
- 4 - DUDLER J, BALAGUÉ F, WALDBURGER M - Bilateral primary brucellar psoas abscess. *Br J Rheumatol* 1994; **33** : 465-6.
- 5 - EL ALAMI EL FARICHA E H, LEKHEL B, MOHSINE R *et Coll* - Une étiologie rare de l'abcès du psoas : la brucellose. A propos de deux observations (Lettre). *J Chir* 1995; **132** : 414-5.
- 6 - EL HASSANI S, ECHARRAB E M, BENSABBAH R *et Coll* - Primary psoas abscess. *Rev Rhum* 1998; **65** : 555-9.

- 7 - ROBERT O, SANTAELLA MD, ELLIOT K *et Coll* - Primary vs secondary iliopsoas abscess : presentation, microbiology and treatment. *Arch Surg* 1995 ; **130** : 1309-13.
- 8 - METOLA SACRISTAN L, ACHA ARIETA V, GARCIA DE LUCAS MD, CASAS FERNANDEZ DE TEJERINA JM - Espondylitis y absceso bilateral del psoas por Brucella. *An Med Interna* 1995 ; **12** : 465-6.
- 9 - SORNAY-RENDU E, COLSON F, NOEL E *et Coll* - Pseudo-Pott mélitococcique avec abcès des psoas. *Rev Rhum* 1990 ; **57** : 496-8.

- 10 - ROLIN JM, MAURIN M - Le traitement des brucelloses. *Antibiotiques* 2000 ; **2** : 101-9.
- 11 - OUSEHAL A, ESSODEGUI F, ABDELOUAFIA, KADIRI R - Apport de l'échographie dans le diagnostic et le traitement des abcès du psoas. *J Radiol* 1994 ; **75** : 629-34.
- 12 - BENCHAKROUN A, NOUINI Y, KASMAOUI E *et Coll* - Les abcès du psoas : à propos de 12 cas. *Ann Urol* 2002 ; **36** : 310-3.

Techniques pour laboratoire isolé : Hématologie et parasites sanguicoles

Ce CD-Rom est destiné à un médecin ou à un technicien isolé en situation de précarité, et prolonge l'enseignement des stages de l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées. Il apporte une aide sur la réalisation des techniques de base en hématologie. Ce CD-Rom montre à l'aide de photographies ou de vidéos, les différentes étapes de réalisation de ces examens, dans un laboratoire disposant d'un équipement minimum.

MCS Morillon



HÉMATOLOGIE

- Numération des éléments figurés
- Hématocrite
- Réalisation d'un frottis
- Coloration
- Lecture
- Quelques aspects pathologiques
- Vitesse de sédimentation
- Groupes sanguins



PALUDISME

- Diagnostic positif
- Calcul de la densité parasitaire
- Goutte épaisse
- QBC
- Méthodes sans microscope
- Stratégie diagnostique
- Surveillance de la chimio-résistance

TRYPANOSOMES

- Entre lame et lamelle
- QBC
- Goutte épaisse
- Frottis sanguin
- Recherche d'anticorps : CATT test

MICROFILAIRE

- Entre lame et lamelle
- QBC
- Goutte épaisse
- Frottis sanguin
- Pathologie / non pathogène
- Les différentes espèces

Commande : 10 euros par CD-Rom (port compris)

ecpad ▶ Etablissement de communication et de production Audiovisuelle de la Défense
2 à 8, route du Fort, 94205 Ivry-sur-Seine Cedex
Fax : 01 49 60 52 40 - pole-commercial@ecpad.fr