



Drainage percutané dans les abcès secondaires du psoas

Percutaneous drainage of the secondary psoas abscess

الخراج الثانوي للعضلة القطنية

A. Bounaim, A. Alahyane, A. Elhjouji, M. El Fahssi, H. Baba, C. Ould Jiddou, A. El Khader, S. Hasbi, A. Mejdane, A. Ait Ali, A. Zentar, K. Sair.

المخلص : مقدمة : نعرض مجموعة من خمس عشرة حالة للخراج الثانوي للعضلة القطنية مع استعراض التحديات التشخيصية والعلاجية لهذا المرض. وإظهار أهمية الصرف الجلدي لعلاج. مواد وطرق : دراسة استيعادية موحدة المركز على مدى خمس سنوات، من يناير 2003 إلى دجنبر 2007 اعتمدت على الدراسة السريرية للسجلات والوقائع الجراحية والأشعاعية والبكتيرية. نتائج : خمس عشرة مريضا تتراوح أعمارهم بين 14 و 72 سنة متوسط 31.4 سنة مع أغلبية طفيفة للذكور: 9 رجال و 6 نساء. التشخيص بالمفهراس والموجات فوق الصوتية أظهر 6 حالات لمرض كرون و 3 حالات لإلتهاب الزائدة الدودية خلف الأعور وحالتين لكل من التهاب العمود الفقري السلي وسرطان القولون إضافة إلى حالة التهاب للترج و حالة ناتجة عن صدمة. معظم الجراثيم سلبية الغرام أصلها من الجهاز الهضمي. بالإضافة إلى العلاج بالمضادات الحيوية، استفاد 8 مرضى من الجراحة المبكرة و 3 من الجراحة بعد الصرف الجلدي والذي كان كافيا كعلاج لأربعة مرضى. خاتمة : الخراج الثانوي للعضلة القطنية نادرا الحدوث ونظرا لعدم خصوصية الأعراض فان التشخيص غالبا ما يكون متأخرا لعدم اكتشاف المرض الأصلي المسبب له والذي يجب البحث عنه دائما ومعالجته. وتعتبر الجراحة مع المضادات الحيوية العلاج الأكثر نجاعة فيما يحتفظ الصرف الجلدي بمكانة مهمة في الخراج الثانوي للعضلة القطنية، إذ يمكن من تأخير الجراحة حتى تتسنى إجراؤها في ظروف أحسن في المرحلة اللاحقة.

الكلمات الأساسية : خراج العضلة القطنية - صرف جلدي.

Résumé : **Introduction :** Nous rapportons une série de 15 cas d'abcès secondaires du psoas, tout en soulevant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques posées par l'affection causale et ce dans le but d'évaluer l'intérêt du drainage percutané en fonction de la pathologie sous jacente.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective monocentrique étalée sur cinq ans, de janvier 2003 à décembre 2007 et faite sur dossiers cliniques, comptes rendus opératoires, la radiologie et la bactériologie.

Résultats : 15 cas âgés de 14 ans à 72 ans avec une moyenne de 31,4 ans et une légère prédominance masculine : 9 hommes pour 6 femmes. Le diagnostic a été fait par le tandem échographie et scanner : six cas étaient dus à la maladie de Crohn, trois sur appendicites rétro caecales, deux sur spondylodiscites tuberculeuses, deux sur tumeurs du côlon, un sur diverticulite et un post traumatique. Les germes les plus retrouvés sont les bacilles gram négatifs d'origine digestive. En plus de l'antibiothérapie, huit patients ont été opérés d'emblée et trois après drainage per cutané. Dans quatre cas, le drainage seul était efficace.

Conclusion : Les abcès secondaires du psoas sont rares. En raison d'une symptomatologie peu spécifique le diagnostic peut se faire tardivement et occulter la pathologie d'origine qu'il faut toujours rechercher et traiter, modifiant ainsi la prise en charge. La chirurgie associée à l'antibiothérapie est le traitement le plus efficace. Le drainage per cutané garde une place certaine dans le traitement des abcès secondaires du psoas. En effet, il permet de différer le traitement chirurgical qui sera réalisé dans de meilleures conditions au cours d'un deuxième temps.

Mots clés : Abcès du psoas - drainage percutané .

Abstract Introduction: We report a series of 15 cases of secondary psoas abscess, showing its diagnostic and therapeutic difficulties aiming at evaluating the interest of precutaneous drainage role in its treatment.

Materials and methods: It is a monosentric retrospective study lasted for 5 years (January 2003 - December 2007). The study based on the clinical and operative reports, radiological and bacteriological findings.

Results: The study includes 15 cases aged 14 to 72 years old, the average was 31.4 years with slight male predominance 9 males to 6 females. Diagnosis has been done by the ultrasound and scanner examinations. 6 cases have (Crohn's disease, 3 retroecal appendicitis, 2 tuberculous spondylitis 2 on top of colon tumors, 1 with diverticulitis and 1 post traumatic case. The most causative germs were gram-negative of digestive origin. In addition to the antibiotic treatment, 8 patients were operated from the start, 3 cases operated after a precutaneous drainage and 4 cases had a precutaneous drainage only which was effective.

Conclusion: The secondary psoas abscesses are rare. As the clinical picture is less specific and hides the original pathology, which must be searched for and treated, diagnosis delayed. The most efficient treatment is the combined surgical and antibiotic one. The precutaneous drainage has its role in treating secondary psoas abscesses. At least it defers the surgical treatment to be done in better conditions latter on during the second step.

Key Words : Psoas abscess - precutaneous drainage.

Tiré à part : A. Bounaim : Service de chirurgie viscérale I, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat - Maroc.

Introduction

Par opposition aux abcès primitifs du psoas, sans cause décelable, les abcès secondaires sont la conséquence d'une affection de voisinage, digestive, rénale ou ostéo-articulaire. En raison d'une symptomatologie peu spécifique le diagnostic peut se faire tardivement et occulter la pathologie d'origine qu'il faut toujours rechercher. Nous rapportons une série de 15 cas d'abcès secondaires du psoas et nous discutons les principaux aspects diagnostiques et thérapeutiques de ces lésions, tout en essayant d'évaluer l'intérêt du drainage per cutané dans la prise en charge, surtout à la phase initiale du traitement.

Matériels et méthodes

C'est une étude rétrospective ayant colligé 15 cas d'abcès de psoas traités entre janvier 2003 et décembre 2007. C'est une étude faite sur les dossiers cliniques, l'imagerie, les comptes rendus opératoires, les comptes rendus d'anatomo- pathologie et l'étude bactériologique réalisée sur les prélèvements. Les critères d'inclusion étaient la présence d'une pathologie causale de voisinage ou d'un facteur déclenchant. Tous les abcès de psoas sans cause évidente étaient considérés comme primitifs et par conséquent exclus de l'étude.

Résultats

La moyenne d'âge était de 31,4 ans avec des extrêmes de 14 à 72 ans. Une légère prédominance masculine était notée: 9 hommes pour 6 femmes ; soit un sexe ratio de 1,5. Le côté droit était le plus atteint : 11 cas soit un taux de 73%. Ceci pourrait être expliqué par la prédominance de l'origine digestive parmi les étiologies à savoir la maladie de Crohn et l'appendicite. Les autres étiologies étaient représentées par deux cas de mal de Pott, deux tumeurs coliques dont l'abcès du psoas était révélateur ; une au niveau du caecum (figure 1) et l'autre du sigmoïde. A noter le cas particulier d'un abcès du psoas post traumatique qui s'est révélé deux mois après traumatisme lombaire gauche, probablement par surinfection secondaire d'un hématome post-traumatique. La recto- sigmoïdoscopie a

Figure 1 : Scanner abdominal



Présence d'un abcès du psoas droit sur tumeur du caecum

permis de révéler une diverticulite responsable d'un cas d'abcès du psoas gauche (figure 2), qui a bien répondu à l'antibiothérapie et au drainage scano- guidé. La colectomie

Figure 2 : Scanner abdominal



Volumineux abcès du psoas gauche sur diverticulite.

été effectuée deux mois plus tard. Les signes cliniques étaient peu spécifiques ; le symptôme le plus constant était la douleur persistante du flanc avec irradiation postérieure et lombaire. La fièvre n'était présente que chez huit patients soit 54% des cas ; alors que le psoïtis n'était retrouvé que chez six patients soit 40% des cas. Tous nos patients avaient bénéficié d'une tomodensitométrie précédée d'une échographie. Cette dernière était performante dans deux cas en précisant l'origine appendiculaire de l'abcès avant

la réalisation du scanner. La tomodensitométrie était en revanche l'examen de référence pour l'identification de la lésion primitive (figure 3). L'antibiothérapie, après

Figure 3 : Scanner abdominal



Abcès du psoas sur appendicite

prélèvement de pus, était dans un premier temps à large spectre visant les bacilles gram négatif. Les germes ont été identifiés dans 11 cas (73%) : 9 bacilles Gram négatifs de type digestif, un staphylocoque dans le cas post traumatique et un bacille de Koch. La culture sur milieux usuels était négative dans cinq cas incluant les deux mal de Pott ; avec une culture sur deux positive sur milieu de Lowenstein donnant le diagnostic de tuberculose, alors que chez le deuxième le diagnostic était retenu sur la présence du caséum à l'étude anatomopathologique. Malgré le caractère secondaire de ces abcès, le drainage percutané radioguidé, associé à l'antibiothérapie, a permis la rémission sans recours chirurgie, chez 4 patients : deux maladies de Crohn, un mal de Pott et dans le cas post traumatique. Il a en outre permis de réaliser la chirurgie curatrice dans de meilleures conditions chez 3 patients. Deux maladies de Crohn traitées par résection iléo-caecale avec anastomose iléo-colique en un temps et une sigmoïdite traitée par sigmoïdectomie avec anastomose colorectale d'emblée (tableau 1). Deux décès sont survenus dans notre série, soit 13% de mortalité, tous les deux après chirurgie ; le premier chez une patiente dénutrie suivie pour maladie de Crohn, le second chez un sujet âgé ayant présenté une tumeur du

Tableau 1 : Résumé des cas cliniques.

Age (année)	Sexe	Etiologie	Coté atteint	Bactériologie	Traitement (+ antibiothérapie)	Evolution
28	M	Crohn	Droit	BGN	Chirurgie	Favorable
36	M	Crohn	Droit	BGN	Drainage per cutané	Favorable
22	F	Crohn	Droit	Négative	Drainage per cutané	Fistule digestive j8 : chirurgie
40	F	Crohn	Droit	BGN	Drainage per cutané	Favorable
37	F	Crohn	Droit	BGN	Chirurgie	Décédé j5
14	M	Crohn	Droit	BGN	Drainage par Coelioscopie	Chirurgie à j15 (résection intestinale)
52	F	Appendicite	Droit	BGN	Chirurgie	Favorable
35	H	Appendicite	Droit	BGN	Chirurgie	Favorable
45	H	Appendicite	Droit	Négative	Chirurgie	Favorable
23	H	Mal de Pott	Droit	BK	Drainage per cutané	Favorable
36	H	Mal de Pott	Gauche	Caséum	Drainage per cutané	Chirurgie : collection intarissable : j12
19	H	Traumatique	Gauche	Staphylocoque	Drainage per cutané	Favorable
64	F	Sigmoïdite	Gauche	BGN	Drainage per cutané	Chirurgie curatrice: 2mois
72	H	Tumeur du sigmoïde	Gauche	BGN	Chirurgie	Décès à j3
48	H	Tumeur du caecum	Droit	Négative	Chirurgie en 2 temps	Rétablissement de continuité à 2 mois

sigmoïde abcédée, opéré en urgence et décédé dans un tableau de choc septique. Aucune récurrence n'était notée chez les autres patients avec un recul allant de 3 à 6 ans.

Discussion

Les abcès du psoas sont secondaires dans 30% des cas [1]. En 1881, Mynter décrit les premiers cas de psoitis aigus en les classant en formes primaires et secondaires [2]. Ils seraient à l'origine de 5 à 10% des suppurations abdominales [3, 4]. Classiquement, les abcès secondaires du psoas sont fréquents dans les pays développés mais actuellement les abcès primitifs regagnent du terrain devant la recrudescence des pathologies immuno déprimantes tel que le Sida [5]. Dans notre série, 79% des abcès du psoas étaient secondaires sur les 19 cas d'abcès du psoas hospitalisés durant la même période. Ceci pourrait être expliqué par notre mode de recrutement constitué en majorité d'une population adulte, en sachant que l'abcès primitif du psoas est plus fréquent chez l'enfant [6]. Diverses pathologies peuvent être à l'origine d'abcès secondaires du psoas [7-10]:

digestives : maladie de Crohn (60%), appendicites (16%), diverticulites et cancers digestifs (11%).

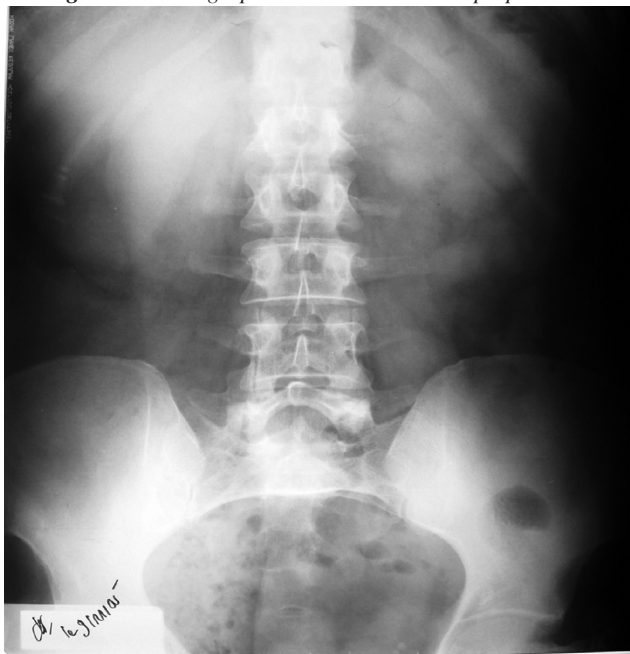
Osseuses (10%): spondylodiscites surtout tuberculeuses, sacro iléite et ostéomyélite.

Urologiques : pyonéphroses et infections périnéales. L'absence de cette étiologie dans notre série s'explique par la présence d'un service d'urologie dans le même hôpital qui gère ce type d'affections.

Les signes cliniques des abcès du psoas sont peu spécifiques. On retrouve essentiellement la fièvre, les lombalgies et parfois le psoïtis [3,4]. L'examen physique ne permet qu'une orientation diagnostique. Il se résume en une sensibilité du flanc ou de la fosse iliaque avec masse palpable dans 50% des cas [11]. Les examens biologiques orientent vers un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose et CRP augmentée, alors que les hémocultures sont habituellement négatives [3]. L'imagerie confirme le diagnostic et recherche une éventuelle étiologie. La radio de l'abdomen sans préparation peut montrer une scoliose antalgique, un effacement du bord du psoas avec parfois des clartés gazeuses (figure 4) ou des lésions osseuses à

pour couvrir les bacilles gram négatifs et les anaérobies d'origine digestive. Elle sera ajustée selon les données des prélèvements au niveau de la collection et éventuellement des hémocultures puis maintenue trois semaines après ablation des drains [16]. En cas d'abcès tuberculeux, le traitement sera d'au moins six mois [15, 17]. Le drainage per cutané, comme le confirme notre étude, gagne de plus en plus du terrain dans la prise en charge des abcès du psoas même secondaires. Guidé par l'échographie ou le scanner, il permet d'obtenir une rémission dans 60% des cas dans la maladie de Crohn avec une nette économie sur les délabrements pariétaux chez ces sujets souvent candidats à plusieurs interventions [18]. Du moins, à notre avis, si une chirurgie complémentaire est nécessaire, il permet la réalisation de celle-ci dans de meilleures conditions locales et générales. Le drain doit être de gros calibre et maintenu environs trois semaines selon la majorité des auteurs [19, 20]. En cas d'étiologie tuberculeuse le traitement médical est rarement suffisant à lui seul. Un drainage percutané est le plus souvent nécessaire alors que les indications de la chirurgie sont rares [21,22]. Le taux de mortalité dans les abcès du psoas secondaires est de 19% [5, 9]. Ce taux serait plus important si un drainage chirurgical est instauré d'emblée [2, 23].

Figure 4 : Radiographie de l'abdomen sans préparation



Clartés gazeuses dessinant les contours du psoas iliaque gauche sur abcès emphysemateux secondaire à une sigmoïdite, montrant un abcès du psoas sur appendicite

Conclusion

Le drainage per cutané, écho ou scannoguidé, occupe désormais une place importante dans la prise en charge, au moins initiale, des abcès secondaires du psoas. Il permet dans un grand nombre de cas d'éviter l'intervention chirurgicale ou tout au moins que celle-ci soit réalisée, dans un deuxième temps, dans les meilleures conditions locales et générales. L'enquête étiologique doit être entreprise devant tout abcès du psoas à la recherche d'une cause sous jacente. L'imagerie médicale, quant à elle, occupe toujours une place déterminante dans la prise en charge de ces lésions aussi bien à l'étape diagnostique que thérapeutique.

Références

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1624-6.
2. Conde Redondo C, Estebanez Zarranz J, Rodrigues Toves A, Amon Sesmero J, Simal F, Martinez Sagarra JM. Traitement de l'abcès du psoas : drainage percutané ou chirurgie ouverte. *Prog Urol* 2000; 10: 418-23.
3. Benchekroun 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.
4. Ricci MA, Frederick BR, Kenneth KM. Pyogenic psoas abscess worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986; 10:834-43.
5. Finnerty RAS, Vordermark JS, Modarelli RO, Buck V. Primary psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1981; 126: 108-9.
6. Golli M, Hoeffel C, Belguith M, Nouri A, Ben Hamouda M, Kallala C, Hoeffel JC, Ganouni A. Les abcès primitifs du psoas chez l'enfant : Six cas. *Arch Pédiatr* 1995; 2: 143-6.
7. Garcia Vasquez E, Gutierrez Guisado J, Diaz Curiel M. Abscesos del psoas : presentacion de ocho casos y revision de la literatura. *Rev Clin Esp* 1995; 195: 289-93.
8. Van Den Berge M, De Marie S, Kuipers T, Jansz AR, Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Neth J Med* 2005; 63: 413-6.
9. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World Surg* 1986; 10: 834-43.
10. Ertugrul I, Tunc B, Yuksel B, Yolcu OF, Ulker A. Psoas abscess: Atypical initial presentation Crohn disease. *Digest Liver Dis* 2006; 38: 355-6.
11. Prier A, Augereau B, Brugel, Koeger AC, Camus JP. Les abcès du psoas non tuberculeux. Un cas d'abcès du psoas à staphylocoque en apparence primitif. *Sem Hop Paris* 1983; 59: 1249-51.
12. Garcia Vazquez E, Guterrez Guisado J, Diaz Curiel M. Abscesos del psoas : presentation de ocho casos y revision de la literatura. *Rev Clin Esp* 1995; 195: 289-93.
13. Miguel J, Miguelez JL, Mayo J, Collzos J, Martinez E, Marcos A. Absceso de psoas consideraciones diagnosticas y terapeuticas en cinco pacientes. *Rev Clin Esp* 1993; 192: 123-6.
14. Negus S, Sidhu PS. MRI of retroperitoneal collections: a comparison with CT. *Br J Radiol* 2000; 73: 907-12.
15. Jimenez Mejias M.E, Alfaro M.J, Bernardos A, Cuello J.A, Canas E, Reyes M.J. Absceso de psoas: una entidad no tan infrecuente. Analisis de una serie de 18 casos. *Enferm Infec Microbiol Clin* 1991; 9: 148-53.
16. Peigne V, Diakhate I, Mbengue B, Diouf I, Bellefleur J.P. Abcès emphysemateux retroperitonéal. *Med Maladies Inf* 2006; 36: 115-7.
17. Gonzalez T, Diez A. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1996; 156: 480.
18. Jawhari A, Kamm MA, Ong C, Forbes A, Bartram CI, Hawley PR. Intra-abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease: results of non-invasive and surgical management. *Br J Surg* 1998; 85: 367-71.
19. Cantasdemir M, Kara B, Cebi D, Selcuk N.D, Numa n F. Computed tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary iliopsoas abscesses. *Clin Radiol* 2003; 58: 811-5.
20. Audia S, Martha B, Grappin M, Duong M, Buisson M, Couaillier J-F, Lorcerie B, Chavanet P, Portier H, Piroth L. Les abcès pyogènes secondaires du psoas: à propos de six cas et revue de la littérature. *Rev Med Int* 2006; 27: 828-35.
21. Younes M, Laziz Ben Ayèche M, Béjia I, Ben Hamida R, Dahmène J, Moula T. Abcès tuberculeux du psoas sans atteinte rachidienne associée. A propos d'un cas. *Rev Med Int* 2002; 23: 549-53.
22. Leu S, Leonard MB, Beart RW, Dozois RR. Psoas abscess: changing patterns of diagnosis and etiology. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 694-8.
23. Laguna P, Moya M. Abscess of the psoas muscle: analysis of 11 cases and review of the literature. *Enferm Infec Microbiol Clin* 1998; 16: 19-24.