

## LES ABCES DU PSOAS: ASPECTS DIAGNOSTIC ET THERAPEUTIQUE

M.S. MOUDOUNI, Z. DAHAMI, O. HOCAR, M. GABSI, M. BOUKHARI, F. BARJANI, A. ELHAOUS, M.A. LAKMICH, I. SARF

Services d'Urologie, Hôpital Ibn Tofail, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

**Objectif:** Décrit pour la première fois en 1881 par Mynter<sup>1</sup>, l'abcès du psoas est une maladie rare. Les auteurs rapportent leur expérience dans la prise en charge de cette pathologie.

**Patients et méthodes :** De janvier 1999 jusqu'en décembre 2002, quinze observations d'abcès du psoas, 12 hommes (80%) et 3 femmes (20%), d'âge moyen de 53 ans (27 - 70 ans), ont été colligées dans notre service. Le délai moyen d'hospitalisation est de 6 semaines (2 semaines - 24 semaines). L'interrogatoire permettait de reconstituer l'histoire de la maladie et une enquête étiologique. Tous les patients ont été explorés par le couple abdomen sans préparation et échographies abdominales. Neuf patients ont eu un uro-scanner. Le drainage chirurgical par une petite incision de 5 cm a été effectué chez 12 patients. Le traitement étiologique a été réalisé ultérieurement chez 9 patients.

**Résultats :** La symptomatologie clinique était faite de fièvre chez 9 malades (60%), d'un psoïtis chez 6 malades (40%), d'une masse lombaire chez 5 malades (33%) et d'une masse inguinale chez 3 malades (20%).

Une hyperleucocytose oscillant entre 13000 et 34000 /mm<sup>3</sup> a été trouvée chez tous les malades (54%). Les germes les plus fréquemment isolés sont le staphylocoque doré (54%), le bacille de Koch (38,4%), *Escherichia coli* (15%) et *Klebsiella* (8%). L'abcès du psoas était primitif chez 4 malades (26.6%) et secondaire chez 11 malades (73.3%). Le traitement chirurgical qui consiste à drainer largement la collection purulente a été réalisé chez 8 malades par voie lombaire antérolatérale extra péritonéale et par voie inguinale haute chez 4 malades. Trois de nos malades ont bien évolué sous traitement médical associé à un drainage percutané. L'évolution immédiate est favorable chez tous nos malades.

**Conclusion :** L'abcès primitif du psoas reste de pathogénie obscure. C'est un piège diagnostique pour le clinicien. Le diagnostic clinique précis de l'abcès et la sanction thérapeutique ont bénéficié des données récentes de l'imagerie moderne. Le traitement chirurgical reste la référence en cas d'échec du drainage percutané.

**Mots Clés:** abcès, psoas, chirurgie

### INTRODUCTION

Décrit la première fois en 1881 par Mynter, l'abcès du psoas est une maladie rare<sup>1</sup>. Il est généralement dû à l'extension d'une infection intra ou rétro péritonéale. L'abcès primitif du psoas reste de pathogénie obscure. C'est un piège diagnostique pour le clinicien car la symptomatologie clinique associant, fièvre, douleurs lombaires et psoïtis, est rarement présente à la phase initiale. Le diagnostic clinique précis, la localisation, l'étendue réelle de l'abcès et la sanction thérapeutique ont bénéficié des données récentes de l'imagerie moderne, en particulier de l'échographie et la to-

modensitométrie (TDM)<sup>1</sup>. Le traitement chirurgical reste la référence en cas d'échec du drainage percutané. Le traitement de la maladie causale doit être réalisé. Nous rapportons 15 nouvelles observations d'abcès du psoas dont 11 sont secondaires à une pathologie causale.

### PATIENTS ET METHODES

De janvier 1999 jusqu'à décembre 2002, quinze observations d'abcès du psoas, 12 hommes (77%) et 3 femmes (23%), ont été colligées dans notre service. Ces patients âgés

en moyenne de 53 ans (27-70 ans) sont en majorité issus d'un milieu socio-économique bas. Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et l'hospitalisation est de 6 semaines (2 semaines - 24 semaines).

A l'admission un interrogatoire minutieux permettait de reconstituer l'histoire de la maladie et une enquête étiologique. Tous les patients ont été explorés par le couple abdomen sans préparation et échographies abdominales. Neuf patients ont eu un uro-scanner.

Le drainage chirurgical par une petite incision de 5 cm a été effectué chez 12 patients. Trois de nos malades ont bien évolué sous traitement médical associé à un drainage percutané. Tous nos malades ont eu une antibiothérapie adaptée aux résultats des prélèvements microbiologiques. Le traitement étiologique a été réalisé ultérieurement chez 10 patients.

## RESULTATS

La symptomatologie clinique était faite de fièvre chez 9 malades (60%), d'un psoïtis chez 6 malades (40%), une masse lombaire chez 5 malades (33%) et une masse inguinale chez 3 malades (20%). Une hyperleucocytose oscillant entre 13000 et 34000 /mm<sup>3</sup> a été trouvée chez la plupart des malades (65%). Les germes les plus fréquemment isolés sont le staphylocoque doré (54%), le bacille de Koch (38,4%), *Escherichia coli* (15%) et *Klebsiella* (8%).

L'abdomen sans préparation (ASP) a montré chez deux malades des calculs au niveau de l'aire rénale et chez deux malades un pincement discal. L'échographie abdominale a objectivé un psoas augmenté de volume avec une masse hétérogène chez 8 malades, anéchogène chez 3 malades. La taille de la masse varie entre 7cm et 21 cm. La tomodynamométrie (TDM) a montré une masse hypodense prenant le contraste en périphérie chez 7 malades (Fig.1) et une pyonéphrose chez 2 patients.

L'abcès du psoas était primitif chez 4 malades (31%) et secondaire chez 11 malades (69%). Le foyer infectieux initial était une spondylodiscite tuberculeuse (5 malades), digestif (2 malades: un cas d'appendicite rétro-coecale et un cas de perforation sur un cancer du sigmoïde) et urologique (4 malades: un cas



Fig. 1: Tomodynamométrie montrant à gauche un abcès du psoas (flèche)

phlegmon rénal, 2 cas lithiase urétérale avec urétéro hydronéphrose et un cas de calcul coralliforme rénal avec pyonéphrose tuberculeuse).

Le traitement chirurgical qui consiste à drainer largement la collection purulente a été réalisée chez 8 malades par voie lombaire antérolatérale extra péritonéale et par voie inguinale haute chez 4 malades. Par ailleurs trois malades ont bien évolué après drainage percutané sous traitement médical associant deux antibiotiques à large spectre (une amoxicilline protégée peros 500 mg x3/j et un aminoside IM 160 mg/j x 4 j). La durée moyenne du traitement était de 3 semaines.

Le traitement étiologique a fait appel aux antibacillaires dans 6 cas, une appendicectomie dans un cas, une urétéro-lithotomie dans 2 cas et une colectomie dans un cas; une néphrectomie a été réalisée secondairement chez 2 patients.

L'évolution immédiate est favorable chez tous nos malades, l'apyrexie est obtenue en moyenne après 3 jours. Un seul malade a eu une thrombose veineuse traitée par des anticoagulants. Le séjour post-opératoire moyen était de 10 jours (7 à 30 jours). Un patient a eu une infection pariétale qui a bien évolué sous soins locaux biquotidiens. On ne déplore aucun décès.

## DISCUSSION

Il est classique de distinguer les abcès primitifs sans cause décelable et des abcès secondaires à une infection de voisinage. L'abcès primaire est fréquent en milieu tropical

mais rare sous les climats tempérés<sup>2</sup>. Le staphylocoque est le germe le plus incriminé (90% des cas)<sup>2-4</sup>. La pathogénie de ces abcès est inconnue, plusieurs hypothèses sont avancées, comme par exemple contamination à partir d'une adénite de voisinage, surinfection d'un hématome, infection par voie sanguine<sup>5</sup>.

Les abcès secondaires sont fréquents dans les pays développés. Dans les séries occidentales, la maladie de Crohn est la principale cause (54% de ces abcès)<sup>6</sup>. D'autres causes digestives sont rapportées: appendicite, diverticulite, cancer du côlon. Les spondylodiscites, les arthrites sacro-iliaques et les arthrites de hanche représentent 8% des causes<sup>6</sup>. Les causes rénales sont plus rares (abcès du rein - pyonéphrose).

Les signes cliniques sont peu spécifiques. La fièvre, la douleur lombaire et le psoïtis sont presque constants, une masse douloureuse du flanc ou de la fosse iliaque est retrouvée dans 54% des cas<sup>7</sup>. Les nouvelles techniques d'imagerie ont facilité le diagnostic. La sensibilité de l'échographie dans le diagnostic des abcès du psoas est de 80%<sup>8</sup>. L'échographie peut mettre en évidence la cause de l'abcès (origine rénale). La TDM a une sensibilité de 100% pour le diagnostic positif<sup>9</sup>, elle permet de mieux préciser l'extension et peut déceler une lésion sous-jacente. L'imagerie par résonance magnétique nucléaire a une valeur diagnostic équivalente à la TDM.

Les rapports anatomiques du muscle psoas expliquent les difficultés du diagnostic de l'abcès primitif du psoas chez l'enfant<sup>10,11</sup>. Devant une boiterie fébrile et une psoïtis, sont discutés: une pyélonéphrite, une appendicite aiguë, un phlegmon de l'aîne, un abcès du psoas et une ostéoarthrite septique de la hanche. Si la triade symptomatologique (douleur abdomino-lombaire, psoïtis et empâtement dans la fosse iliaque) mentionnée par Lamour et Masso-Misse<sup>2,12</sup> en fait le diagnostic positif, une liberté de la rotation interne et externe de la hanche élimine une ostéoarthrite de la hanche. L'échographie permet de préciser le siège et l'importance de l'abcès et d'éliminer les autres affections. Le bilan biologique infectieux viendra en confirmer le caractère septique et suivre l'évolution.

Nous n'avons pas toujours fait de prélèvements bactériologiques; cependant, l'indication de notre antibiothérapie est justifiée par le fait que le staphylocoque doré est largement pré-

dominant. Actuellement, le traitement des abcès primitifs repose sur le drainage percutané associé à une antibiothérapie antistaphylococcique de première intention. Le taux de succès du drainage percutané est de 83 à 100%<sup>13,14</sup>.

L'évolution en trois stades échographiques (I, II, III : à la phase initiale un psoas élargi et hypoéchogène et au stade de collection une masse ovale hypoéchogène aux contours irréguliers.) de l'abcès<sup>12</sup> justifie le traitement non chirurgical aux deux premiers stades, comme chez nos 3 malades. L'indication du traitement chirurgical se serait imposée à nous vu le nombre de patients que nous voyons au stade III. Ce drainage chirurgical doit être mené par voie extra-péritonéale. En effet l'évolution parfois insidieuse et le retard diagnostique qui est variable de 15 jours à 6 mois dans notre série rend compte du caractère évolué de l'abcès et de la difficulté parfois du traitement à minima associant antibiothérapie et drainage percutané qui est le plus souvent source de récurrence et dont les complications à type de bactériémie, de fistules et de mauvais drainage dans les abcès multiloculaires ne sont pas rares. Le drainage chirurgical mené par lombotomie ou par voie iliaque antérolatérale extra-péritonéale reste le traitement de choix pour plusieurs auteurs<sup>15-17</sup>. Dans les abcès secondaires, le traitement de la maladie causale doit être réalisé dans un 2<sup>ème</sup> temps.

Notre délai d'hospitalisation est voisin de celui observé dans les drainages<sup>1-3</sup> et se situe autour de 10 jours.

Nous concluons que l'abcès primitif du psoas est de plus en plus recensé dans notre pratique quotidienne chez le sujet jeune de sexe masculin. Le retard de consultation et de diagnostic rend le traitement médical et le drainage percutané peu efficace dans notre contexte. Le drainage chirurgical est pour nous le traitement de choix.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Finnerty RU, Vordermark JS 2<sup>nd</sup>, Modarelli RO, Buck AS. Primary psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1981, 126:108.
2. Masso-Misse P, Yao GS, Essomba A et al. Abcès primaires du psoas. Affection courante en milieu tropical. A propos de 87 cas. *J Chir (Paris)* 1994, 131:201.
3. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of literature. *J Urol* 1992, 147:1624.

4. Malhotra R, Singh KD, Bhan S, Dave K. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. *J Bone Joint Surg* 1992, 74:278.
5. Alonso M, Reyes G, Galera MJ, Ruiz M, Robles G, Rius X. Abscès primaires du psoas: deux nouvelles observations. *J Chir (Paris)* 1990, 127:537.
6. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986, 10:834.
7. Prier A, Augereau B, Brugel D, Koeger AC, Camus JP. L'abcès du psoas non tuberculeux. Un cas d'abcès du psoas à saphylocoque en apparence primitif. *Sem Hôp* 1983, 59:1249.
8. Garcia J, Sinniger M. Rôle de la tomodynamométrie dans les infections des tissus mous. *J Radiol* 1985, 66:417.
9. Drouillard I, Laurent F, Verbizier G, Durcier F, Tauemier J. La tomodynamométrie du compartiment psoas iliaque. *Feuillets Radiol* 1989, 29:401.
10. Smith S, Lenarz L, Mollitt DL, Golladay ES. The sore psoas: a difficult diagnosis in childhood. *J Pediatr Surg* 1982, 17:975.
11. Zych GA, McCollough NC. Acute psoas abscess in a newborn infant. *J Pediatr Orthop* 1985, 5:89.
12. Lamour C, Gaudelus J, Poncin J *et al.* A propos d'une observation d'abcès primitif du psoas chez l'enfant. Intérêt de l'échographie. *Méd Inf* 1981, 5:565.
13. Ben Miled K, Hendaoui L, Ben Thabet I. Traitement percutané des abcès primitifs du psoas. *Tunis Med* 1992, 70:567.
14. Mueller PR, Ferucci JT Jr, Wittenberg J, Simeone JF, Butch RJ. Iliopsoas abscess: treatment by CT-guided percutaneous catheter drainage. *AJR* 1984, 142:359.
15. Kadambari D, Jagdish S. Primary pyogenic psoas abscess in children. *Pediatr Surg Int* 2000, 16:408.
16. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs. secondary iliopsoas abscess. Presentation, microbiology and treatment. *Arch Surg* 1995, 130:1309.
17. Wu TL, Huang CH, Hwang DY, Lai JH, Su RY. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. *Int Orthop* 1998, 22:41.

## ABSTRACT

### Abscess of the Psoas: Diagnostic and Therapeutic Aspects

**Objective:** Abscess of the psoas which was first described by Mynter in 1881<sup>1</sup> is a rare disease. Herein, the authors report on their experience with the treatment of this pathology. **Patients and Methods:** Between Januar 1999 and December 2002, 15 patients with abscess of the psoas were seen at our department. They were 12 males (80%) and 3 females (20%) with a mean age of 53 years (range: 27 – 70 years). Mean hospital stay was 6 weeks (range: 2 – 24 weeks). All patients were examined by abdominal ultrasonography, 9 by computed tomography. Surgical drainage via a small incision of 5 cm was done in 12 patients, while three patients received medical treatment in combination with a percutaneous drainage. **Results:** The clinical manifestation included fever in 9 (60%), psoitis in 6 (40%), a mass in the lumbar region in 5 (33%) and an inguinal mass in 3 (20%) patients. Hyperleucocytosis varying between 13000 and 340000/mm<sup>3</sup> was found in all patients. The main organisms isolated were staphylococcus aureus (54%), Koch's bacillus (38.4%), Escherichia coli (15%) and Klebsiella (8%). De novo abscess of the psoas was found in 4 patients (26.6%), while it was secondary in 11 patients (73.3%). Surgical drainage of the pus was done via the anterolateral extraperitoneal lumbar approach in 8 patients and via the high inguinal approach in 4 patients. In three patients medical treatment combined with percutaneous drainage was sufficient. The immediate outcome was good in all patients. **Conclusion:** The pathogenesis of de novo abscess of the psoas is unknown as yet, and its diagnosis remains a challenge for the physician. However, the precise clinical diagnosis and the choice of the therapeutic measures have been facilitated by the development of modern imaging facilities. Surgical treatment should be reserved to those cases where percutaneous drainage has failed.

Tirés-à-part:

Dr. S.M. MOUDOUNI, Poste Amerchich 40002, B.P. 3925, Marrakech, Maroc

[s\\_moudouni@yahoo.fr](mailto:s_moudouni@yahoo.fr)