

MINISTRE DES  
ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE ET SUPERIEUR

UNIVERSITE DE  
OUAGADOUGOU

UNITE DE FORMATION ET DE  
RECHERCHE EN SCIENCES DE  
LA SANTE (UFR-SDS)

SECTION MEDECINE

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice



Année Académique : 2011-2012

Thèse n° :074

L'ABCES DU PSOAS :  
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES,  
CLINIQUES, ETIOLOGIQUES,  
THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS.

*A propos de 20 cas colligés du 01 Janvier 2001 au 31 décembre  
2010 au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo et  
à la Polyclinique Notre Dame de la Paix.*

Thèse soutenue et présentée publiquement le 15 mai 2012 à 10h00 pour l'obtention  
du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

par :

**MILLOGO Kalo Martin**

Né le 06 Octobre 1979 à Divo (Côte d'Ivoire)

**Directeur de thèse :**

Pr. Si Simon TRAORE

**Co-directeur :**

Dr. Maurice ZIDA

**Jury**

**Président :**

Pr. Ag. Théodore OUEDRAOGO

**Membres :**

Pr. Ag. Abel BAMOUNI

Dr. Maurice ZIDA

Dr. Edgar OUANGRE

**LISTE DES RESPONSABLES  
ADMINISTRATIFS ET DU  
PERSONNEL ENSEIGNANT DE  
L'UFR/SDS**

# ***DEDICACES***

*Je dédie ce travail*

***A Yahvé mon Dieu.***

*En Toi, j'ai mis toute ma foi. Merci de m'avoir accompagné durant toutes ces années d'études. Merci de toujours me garder dans tes voies.*

***A mon père « in memorium »***

*J'aurai aimé que tu sois à mes côtés en ce jour pour partager avec moi ces instants de joie. Cependant, trouve en ce travail l'accomplissement de tes désirs pour moi. Puisse ton âme reposer en paix, papa.*

***A ma mère***

*Ma tendre mère, tu as toujours été présente pour me soutenir et m'encourager durant toutes mes études. Tu restes pour moi un trésor inestimable. Puisse Dieu le Tout Puissant t'accorder une longue vie afin que tu puisses cueillir les fruits de l'arbre que tu as planté. Merci pour tout.*

***A ma petite maman***

*Tu es une seconde mère pour moi et je te porte toujours dans mon cœur. Merci pour tes prières ton soutien et ton amour maternel.*

***A mes frères :*** *Martine, Narcisse, Odette, Joséphine, Paulin, Angèle, Françoise, Rosalie, Catherine, Serge et Marc.*

*N'oublions pas que la force d'une famille est sa cohésion. Ce travail est l'occasion pour moi de vous remercier de votre soutien inestimable. Que Dieu nous garde tous unis.*

***A tonton Nestor***

*Ta générosité et ton humanisme font de toi un homme plein de valeur. Tu as toujours été pour moi un modèle. Jamais mon cœur n'oubliera le soutien que tu m'as apporté à moi et à mes frères. Merci !*

***A tonton Roger***

*Merci pour ton soutien inestimable et de tes conseils. Tu as toujours su m'apporter de l'énergie lorsque la marche devenait pénible. Puisse Dieu te bénir abondamment, toi et les tiens.*

***A tonton Moussa***

*Merci pour tous tes conseils et pour ton soutien. Ta simplicité et ton humanisme font de ta maison un havre de paix. Tu demeur pour moi un père et je garde de toi un père rempli de sympathie et de compréhension.*

***A mon grand-père et ma grand-mère « in memorium »***

*Je ne saurais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Puisse vos âmes reposer en paix.*

***A mes amis de promotion du LMB:*** Boukaré, Adama, Pié, Mamadou, Ali, Elie, Moussa, Check tidiane, Paul ismaël, Adjara.

*Restons toujours solidaires. Puisse Dieu accorder à chacun une double part de bénédiction.*

***A mes frères de l'ACEB:*** Gabin, Sacré, Palé, Sié, Patrick, Etienne, Mado, Michou, Edith, Valéa,

*Merci de vos prières. Soyez tous bénis !*

***A mes frères en Christ du « Buisson Ardent » :*** « shalom » à tous

***A mes frères en Christ de « l'Etoile de Bethleem » :*** Que la paix et la joie de Dieu vous soient accordées.

***A mes amis :*** Francis Yaméogo, Jean Yaméogo

*A Marguerite, Ibrahim, Fati : merci pour le soutien que vous m'avez apporté pour les corrections.*

***A tous mes collègues de Médecine :*** Yaya, Soul, Patrick, Ermel, Alexis, Macaire, Léon, Maïssouka, Kader... pour tous les moments passés ensemble durant notre internat.

***A mes collègues de l'IGEDD.*** Merci de votre sympathie.

# ***REMERCIEMENTS***

La concrétisation de ce travail a été possible grâce à la disponibilité et à la sincère collaboration de certaines bonnes volontés. A cet effet, nous voudrions exprimer notre profonde gratitude :

➤ **Au Professeur Titulaire Si Simon TRAORE**

Merci de nous avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté de nous accompagner tout au long de l'élaboration de cette thèse.

**Au Professeur Agrégé Théodore OUEDRAOGO**

Merci de nous avoir permis d'effectuer une partie de la collecte de nos données dans la Clinique Notre Dame de la Paix.

➤ **Au Docteur Maurice ZIDA**

Merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail.

➤ **Au Major du service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO.**

Merci de votre disponibilité et de votre soutien.

➤ **Au personnel de la Clinique Notre Dame de la Paix :**

merci de votre soutien et de votre sympathie.

***A NOS MAITRES ET JUGES***



*A notre Maître et Directeur de thèse,*

*Le professeur titulaire Si Simon TRAORE*

*Vous êtes*

- *Professeur titulaire en chirurgie viscérale à l'Unité de Formation et de recherche en Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou.*
- *Chirurgien et chef du service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO.*
- *Chevalier de l'ordre national*

*Cher Maître,*

*Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Nous admirons vos qualités d'enseignant et votre rigueur scientifique.*

*Homme de sciences aux connaissances immenses, chirurgien de renom, travailleur acharné, vous êtes l'exemple de l'efficacité dans la discrétion. Nous ne pourrions mesurer la chance que nous avons eue en bénéficiant de vos enseignements au cours de notre formation.*

*Nombreux sont les étudiants qui désirent appartenir à votre équipe, car on découvre en vous un maître rigoureux, travailleur et amoureux du travail bien fait, mais surtout un maître compréhensif et affectueux. En ce jour mémorable, permettez-nous, cher maître, de vous remercier de la promptitude avec laquelle vous nous avez accepté dans votre service pour la réalisation de ce travail.*

*Que Dieu vous bénisse, vous et votre famille !*

*A notre Maître et Président du Jury,*

*Le Professeur Agrégé Théodore OUEDRAOGO*

*Vous êtes :*

- *Ancien interne des hôpitaux de Dakar ;*
- *Maître de conférences, agrégé en Anatomie Humaine et organogénèse à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou ;*
- *Chirurgien-chef à la Polyclinique Notre Dame de la Paix,*
- *Président de la Société Burkinabé de Chirurgie (SOBUCHIR).*

*Cher Maître,*

*Nous avons bénéficié de vos enseignements depuis nos premières années d'études en médecine.*

*C'est un privilège et un honneur que vous nous faites en acceptant sans hésiter, malgré vos multiples occupations de siéger dans ce jury et de juger ce travail. Merci de la formation que nous avons reçue de vous.*

*Votre simplicité, votre disponibilité, votre enthousiasme pour la transmission du savoir aux étudiants, votre amour pour le travail bien fait, vos immenses qualités humaines et scientifiques font de vous un éminent chercheur qui fait la fierté et la richesse de l'UFR/SDS. Votre disponibilité à tout instant et votre chaleur humaine font de vous un maître accessible et apprécié.*

*Recevez ici, cher Maître, l'expression de notre très haute considération. Que Dieu vous bénisse, vous et votre famille !*

*A notre Maître et juge, le Pr. Abel BAMOUNI*

*Vous êtes*

- *Maître de conférences agrégé en Radiodiagnostic et imagerie médicale à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou ;*
- *Secrétaire général de la Société Burkinabé de Radiologie (SO.BU.RAD) ;*
- *Secrétaire permanent du conseil national de santé.*

*Cher Maître,*

*Nous sommes très touché par l'honneur et le privilège que vous nous avez fait en acceptant d'être membre de ce jury malgré vos multiples occupations.*

*Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou. Vos qualités de pédagogue, votre grande culture médicale et vos qualités humaines nous ont toujours émerveillés. Votre amabilité, votre simplicité et votre rigueur nous ont toujours impressionnés et faisant de vous un maître admiré et respecté. Vous êtes et vous resterez toujours pour nous une référence et un bel exemple à suivre.*

*Veillez accepter, cher maître, nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.*

*Que Dieu vous bénisse vous et votre famille.*

*A notre Maître et juge,*

*Le Docteur Maurice ZIDA*

*Vous êtes*

- *Chirurgien général et viscéral au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ;*
- *Chef de l'unité hospitalisation du service de Chirurgie générale et digestive du CHU-YO. ;*
- *Assistant en chirurgie viscérale à l'Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé de l'Université de Ouagadougou ;*
- *Colonel des forces armées nationales*

*Cher Maître,*

*C'est pour nous un grand privilège et un honneur que vous nous faites en acceptant, malgré vos multiples occupations, de parrainer ce modeste travail.*

*La pertinence de vos remarques et la justesse de vos corrections, sont pour nous un exemple de rigueur et nous vous en remercions. Si ce travail a un quelconque mérite, c'est à vous que nous le devons.*

*Votre sens de l'écoute, votre humilité, votre disponibilité et vos connaissances scientifiques forcent l'admiration. Chirurgien habile, discret et travailleur acharné, vous êtes un exemple d'efficacité.*

*Que Dieu vous accorde une double part de bénédiction à vous et à votre famille !*

*Recevez ici, cher Maître, l'expression de notre très haute considération.*

*A notre Maître et membre du jury,*

*le Docteur Edgar OUANGRE*

*Vous êtes :*

- *Assistant en chirurgie Générale et Digestive à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou,*
- *Chirurgien au service de chirurgie Générale et Digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.*

*Cher maître,*

*Nous avons eu l'honneur de bénéficier de vos enseignements pratiques au cours de notre stage interné dans le service de chirurgie Général et Digestif. Vos grandes connaissances scientifiques, votre disponibilité et vos grandes qualités humaines nous ont forcé l'admiration et motivé à vous aborder pour juger cette thèse.*

*Votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait nous ont toujours impressionnés et font de vous un maître accompli et respecté. Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un aîné et modèle.*

*Que Dieu vous garde et vous accorde santé, paix et succès dans votre carrière.*

*Par délibération, l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.*

# *SOMMAIRE*

**SOMMAIRE**

<b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>xxiv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>xxvi</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>xxvii</b>
<b>INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....</b>	<b>2</b>
<b>PREMIERE PARTIE : GENERALITES .....</b>	<b>4</b>
<b>I. DÉFINITION.....</b>	<b>5</b>
<b>II. RAPPELS ANATOMIQUES.....</b>	<b>5</b>
<b>III. PHYSIOPATHOLOGIE DES ABCÈS DU PSOAS.....</b>	<b>15</b>
<b>IV. DIAGNOSTIC.....</b>	<b>20</b>
<b>IV.1. Diagnostic positif: .....</b>	<b>20</b>
<b>IV.1.1. Clinique.....</b>	<b>20</b>
<b>IV.1.2. Biologie.....</b>	<b>22</b>
<b>IV.1.3. Imagerie .....</b>	<b>22</b>
<b>IV.2. Diagnostic différentiel.....</b>	<b>24</b>
<b>V. Traitement.....</b>	<b>26</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....</b>	<b>32</b>
<b>I. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....</b>	<b>34</b>
<b>II. METHODOLOGIE.....</b>	<b>36</b>
<b>II.1. Cadre de l'étude. ....</b>	<b>36</b>
<b>II.2. Population et méthode .....</b>	<b>39</b>
<b>II.2.1. Type d'étude. ....</b>	<b>39</b>
<b>II.2.2. Population d'étude. ....</b>	<b>39</b>
<b>II.2.3. Critères d'inclusion. ....</b>	<b>40</b>
<b>II.2.5. Sources de données : .....</b>	<b>40</b>
<b>II.2.6. Collecte et traitement des données.....</b>	<b>40</b>
<b>II.2.7. Variables étudiées.....</b>	<b>41</b>



II.2.8. Considérations éthiques et déontologiques .....	43
II.2.9. Définitions opérationnelles. ....	43
<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>45</b>
<b>III.1. Profil sociodémographique .....</b>	<b>45</b>
<b>III.2. Aspects cliniques et paracliniques .....</b>	<b>49</b>
<b>III.2.1. Aspects cliniques .....</b>	<b>49</b>
<b>III.2.2. Aspects paracliniques .....</b>	<b>53</b>
<b>III.3. Aspects étiologiques .....</b>	<b>56</b>
<b>III.4. Aspects thérapeutiques.....</b>	<b>58</b>
<b>III.5. Evolution et complications .....</b>	<b>61</b>
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>64</b>
<b>IV.1. Contraintes et limites de l'étude .....</b>	<b>64</b>
<b>IV.2. Aspects sociodémographiques.....</b>	<b>64</b>
<b>IV.3. Diagnostic de l'abcès du psoas .....</b>	<b>68</b>
<b>IV.3.1. Diagnostic clinique .....</b>	<b>68</b>
<b>IV.3.1.1. Délai de consultation.....</b>	<b>68</b>
<b>IV.3.1.2. Signes fonctionnels.....</b>	<b>69</b>
<b>IV.3.1.3. Signes généraux.....</b>	<b>71</b>
<b>IV.3.1.4. Signes physiques.....</b>	<b>72</b>
<b>IV.3.2. Diagnostic paraclinique .....</b>	<b>74</b>
<b>IV.3.2.1. Données biologiques.....</b>	<b>74</b>
<b>IV.3.2.2. Imagerie .....</b>	<b>75</b>
<b>IV.3.3. Aspects étiologiques .....</b>	<b>78</b>
<b>IV.3.4. Les germes .....</b>	<b>81</b>
<b>IV.4. Aspects thérapeutiques.....</b>	<b>82</b>
<b>IV.4.1. Le drainage de l'abcès .....</b>	<b>82</b>
<b>IV.4.2. Traitement Médical.....</b>	<b>84</b>

<b>IV.5. Aspects évolutifs.....</b>	<b>85</b>
<b>IV.5.1. Complications post-opératoires .....</b>	<b>85</b>
<b>IV.5.2. Durée du séjour hospitalier.....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>88</b>
<b>SUGGESTIONS .....</b>	<b>89</b>
<b>SUGGESTIONS .....</b>	<b>90</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>100</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>109</b>

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>a</b>	: artère
<b>aa</b>	: artères
<b>ADP</b>	: Adénopathie
<b>ant.</b>	: antérieur
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>CHU-YO</b>	: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
<b>Cm</b>	: Centimètre
<b>CNLAT</b>	: Centre National de Lutte Anti-Tuberculeux
<b>Col.</b>	: collaborateurs
<b>CRP</b>	: Protein Chain Reaction
<b>G</b>	: gauche
<b>g</b>	: gramme
<b>g/dl</b>	: gramme par décilitre
<b>H</b>	: haut
<b>h</b>	: heure
<b>J</b>	: jour
<b>lat</b>	: latérale
<b>Lig</b>	: ligament
<b>m</b>	: muscle
<b>mg</b>	: milligramme
<b>mg/dl</b>	: milligramme/ décilitre

<b>mm</b>	: muscles
<b>n</b>	: nerf
<b>NFS</b>	: Numération Formule Sanguine
<b>PNB</b>	: Produit National Brut
<b>r</b>	: rameau
<b>UFR/SDS</b>	: Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
<b>USA</b>	: United States of America
<b>v</b>	: veine
<b>VIH</b>	: Virus d'Immunodéficience Humaine
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Répartition des patients selon le statut socioprofessionnel. ....	47
Tableau II: Principaux antécédents pathologiques de nos patients.....	48
Tableau III: Principaux signes fonctionnels rapportés par nos patients. ....	51
Tableau IV: Récapitulatif des germes isolés dans le pus .....	54
Tableau V: Récapitulatif des abcès selon l'étiologie .....	57
Tableau VI: Répartition des abcès primitifs et secondaires selon la localisation.....	58

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Muscle Ilio-psoas (vue antérieure) .....	6
Figure 2 : Innervation du muscle psoas-iliaque .....	10
Figure 3 : Rapport vasculo-nerveux du muscle ilio-psoas dans la fosse ilio-lombaire.....	12
Figure 4 : Répartition des abcès du psoas par tranche d'âge. ....	46
Figure 5 : Répartition des patients selon le délai de consultation.....	49
Figure 6 : Répartition des patients selon la durée du séjour hospitalier .....	62
Figure 7: vue d'ensemble d'un abcès du psoas (vue frontale).....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

**INTRODUCTION ET ENONCE DU  
PROBLEME**



## INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

L'abcès du psoas est une collection purulente dans le compartiment musculaire du psoas [37]. En 1881, Mynter décrit le premier les abcès du psoas en les classant en forme primaire et en forme secondaire, selon le mécanisme physiopathologique [19, 48]. C'est ainsi qu'il est classique de distinguer les abcès primitifs sans cause décelable, des abcès secondaires à une infection du voisinage.

L'abcès du psoas est une pathologie rare mais loin d'être exceptionnelle [9,51]. Son incidence mondiale a été de 12 cas pour 100.000 par an en 1992, mais l'incidence actuelle est inconnue [25]. Cette incidence est sous-estimée puisqu'elle n'est fondée que sur les cas rapportés dans la littérature. D'origine secondaire dans 39 à 83% des cas dans les pays développés, l'abcès du psoas est primaire dans 99% des cas dans les pays en développement [25].

Le diagnostic clinique des abcès du psoas est difficile en raison de la présentation clinique insidieuse, d'une symptomatologie pauvre et/ou peu spécifique. Le diagnostic de l'abcès du psoas est un défi. Tout retard grève le pronostic vital. Néanmoins, les progrès de l'imagerie médicale, notamment l'échographie, la Tomodensitométrie et l'IRM, permettent des diagnostics plus fréquents.

Les étiologies sont dominées par les causes digestives et osseuses. Le staphylocoque est le germe le plus incriminé [56].

Aux U.S.A. en 1992, Gruenwald et col. [25] ont revu 434 cas publiés dont 30% d'abcès primaires et 70% d'abcès secondaires.

En Europe, la fréquence hospitalière de l'abcès du psoas varie d'un pays à l'autre avec une prédominance des abcès secondaires : Garcia et col.[21] à

Madrid (Espagne) en 2011 ont trouvé 30 cas en 26 ans dont 21 cas d'abcès secondaires (70%) et 09 cas primaires (30%) ; soit 1,15 cas par an. Audia et col.[4] à Dijon (France) en 2006 ont rapporté 06 cas en 06 mois.

En Asie, Zissin et col.[70] à Kfar saba (Israël) en 2001 ont trouvé 24 cas en 08 ans soit 3 cas par an. Baskent et col.[5] en Turquie en 2009, quant à eux, ont trouvé 15 cas dont 14 abcès secondaires et 01 abcès primaire.

En Afrique, les prévalences sont sensiblement pareilles mais avec une prédominance des abcès primitifs.

Au Maroc, en 2000, Manass et col. [39] ont rapporté 21 cas en 10 ans dont 85,7% d'abcès primaires du psoas et 14,3% d'abcès secondaires ; soit 2,10 cas par an. En Tunisie en 2003, Belgith et col. [6] ont rapporté 18 cas d'abcès du psoas chez les enfants en 12 ans soit 1,5 cas par an. Diakité et col. [15] à Bamako (Mali) en 2006 ont rapporté 11 cas soit 1,1 cas par an.

Au Burkina Faso, l'abcès du psoas est très peu décrit et il n'existe pas de données du fait qu'aucune étude ne s'est intéressée à cette pathologie. C'est pourquoi nous nous sommes proposé alors d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques de l'abcès du psoas.

# **PREMIERE PARTIE : GENERALITES**

## **I. DÉFINITION**

L'abcès du psoas est une collection de pus dans le compartiment musculaire du psoas [38].

## **II. RAPPELS ANATOMIQUES**

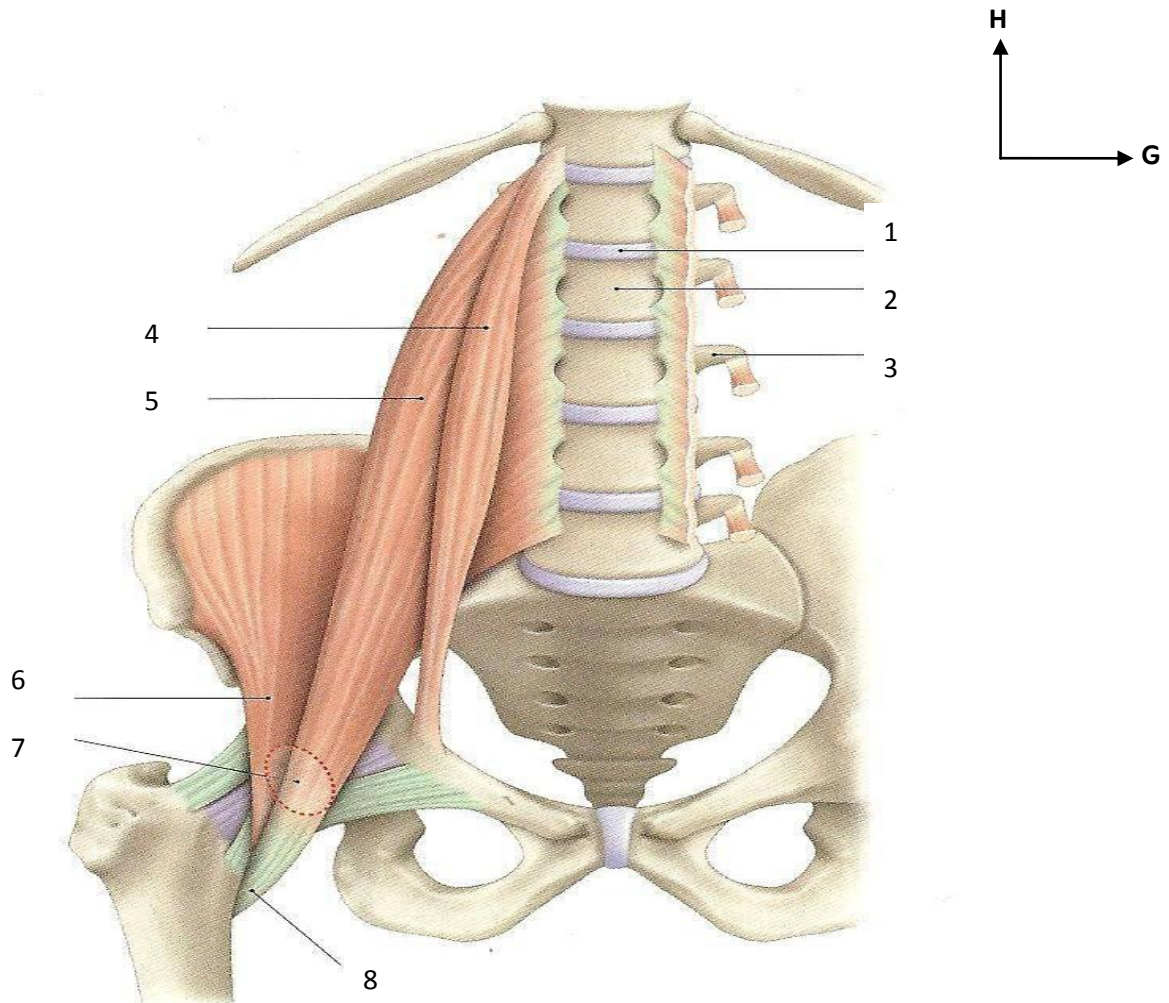
### **II.1. Les muscles et fascia de la région iliaque. [50, 57]**

La région iliaque comporte trois muscles :

- le muscle grand psoas ;
- le muscle iliaque.

Ces deux muscles vont se fusionner pour former le muscle ilio-psoas (Figure 1).

- le muscle petit psoas qui est un muscle inconstant.



**Figure 1 :** Muscle Ilio-psoas (vue antérieure) [50]

- |    |                       |    |                     |
|----|-----------------------|----|---------------------|
| 1. | disque intervertébral | 5. | m. psoas            |
| 2. | corps vertébral       | 6. | m. iliaque          |
| 3. | processus transverse  | 7. | Bourse ilio-pectiné |
| 4. | m. petit psoas        | 8. | Petit trochanter    |

### II.1.1. Le muscle psoas-iliaque [50, 58]

- **Situation :**

Le muscle psoas-iliaque, situé en profondeur sur les parties latérales de la colonne lombaire et en avant de la fosse iliaque interne, s'étend jusqu'au petit trochanter.

Il naît supérieurement par deux corps de muscles bien distincts comme le montre la figure 1:

- le premier est interne et long. C'est la portion lombaire (lomarior sive psoas Riolan). C'est le muscle grand psoas des auteurs ;
- le second est externe et large. C'est la portion iliaque. C'est le muscle iliaque.

#### **II.1.1.1. Le muscle grand psoas : [50, 58]**

- **Origine.**

Le muscle grand psoas s'insère sur (figure 1):

- La face latérale des corps des vertèbres allant de la dernière vertèbre dorsale (T12) à la dernière vertèbre lombaire (L5) par des arcades fibreuses. Sous ses arcades passent les vaisseaux lombaires et les rameaux communicants du sympathique.
- Les disques intervertébraux correspondants,
- La base et le bord inférieur des processus costiformes des mêmes vertèbres.

Cette triple insertion se fait à l'aide de languettes aponévrotiques unies entre elles par des arcades qui correspondent aux gouttières du corps de la vertèbre lombaire, de sorte que ce muscle ne se fixe réellement que sur les bords supérieur et inférieur du corps des vertèbres et aux disques intermédiaires.

- **Forme et trajet**

Né de cette triple origine, le ventre musculaire du grand psoas est volumineux et ses fibres charnues constituent un faisceau conoïde, aplati d'un côté à l'autre. Ce faisceau de fibres converge obliquement en bas et en dehors sur un tendon large qui glisse sur le bord antérieur de l'os iliaque et sur la face

antérieure de l'articulation coxo-fémorale, dont il est séparé par une bourse synoviale (la bourse ilio-pectiné). Ce faisceau charnu va grossissant et s'arrondissant, pour diminuer ensuite à mesure que les fibres qui le constituent vont se rendre à un tendon d'abord caché dans leur épaisseur, qui se dégage ensuite en dehors et en avant, pour recevoir les fibres du muscle iliaque (figure 1).

Le muscle grand psoas a la forme d'un double cône ou d'un fuseau. Ses fibres n'offrent point la disposition fasciculée : elles sont unies en elles-mêmes par un tissu cellulaire séreux extrêmement délié ; l'absence complète du tissu fibreux explique le défaut de résistance de ce muscle qui se déchire avec la plus grande facilité (figure 1).

- **Terminaison :**

Les fibres musculaires du grand psoas se terminent en s'insérant sur le petit trochanter.

### **II.1.1.2. Le muscle iliaque [50 ; 58].**

C'est la portion iliaque du muscle ilio-psoas, il remplit la fosse iliaque.

- **Origine.**

Il naît par des fibres musculaires :

- Sur la lèvre interne de la crête iliaque,
- Sur la fosse iliaque, la base du sacrum et l'articulation sacro-iliaque, le ligament ilio-lombaire de la base du sacrum, l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os coxal, l'échancrure sous-jacente, de l'épine iliaque antérieure et inférieure, et même de la capsule articulaire du fémur.

- **Ventre musculaire : forme et trajet**

Il est épais, large et triangulaire.

Toutes ses fibres charnues convergent, et se rendent immédiatement au bord externe du tendon commun qui naît dans l'épaisseur du muscle grand psoas.

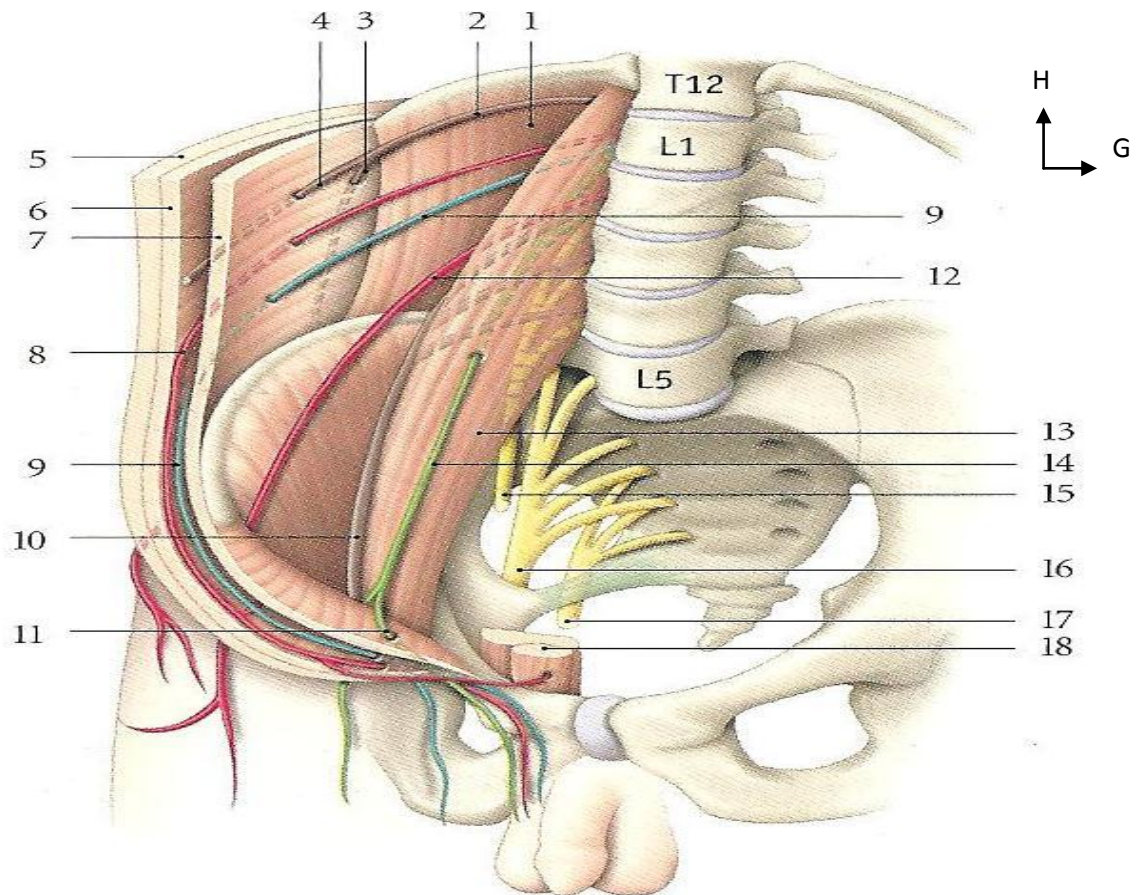
- **Terminaison :**

Les fibres du muscle iliaque se terminent sur la face antérieure et latérale du tendon du grand psoas.

### **II.1.1.3. Innervation du muscle psoas-iliaque :**

Il est innervé par des rameaux du plexus lombaire pour le grand psoas et le nerf fémoral pour le muscle iliaque (L1, L2, L3).( Figure 2)





**Figure 2** : Rapport nerveux du muscle psoas-iliaque (vue antéro-inférieur.) [50]

(n. génito-fémoral en vert, n. ilio-hypogastrique en rouge, n. ilio-inguinal en bleu)

1. m. carré des lombes	7. m. transverse	13. m. psoas
2. n. subcostal	8. n. ilio-hypogastrique	14. n. génito-fémoral
3. r. lat. du n. subcostal	9. n. ilio-inguinal	15. n. obturateur
4. r. ant. du n. subcostal	10. n. fémoral	16. n. ischiatique
5. m. oblique externe	11. anneau inguinal profond	17. n. honteux
6. m. oblique interne	12. n. cutané latéral de la cuisse	18. mm droit de l'abdomen et pyramidal

#### II.1.1.4. Rapport anatomique du muscle psoas-iliaque :

✚ Le muscle grand psoas répond :

- En avant au diaphragme, au rein, au colon ascendant à droite, au colon descendant à gauche au péritoine et au petit psoas lorsqu'il existe ; l'artère et la veine iliaque externes longent cette face antérieure (Figure 3) ;
- En dedans, aux corps des vertèbres lombaires et aux vaisseaux lombaires (Figure 3) ;
- En arrière, aux apophyses transverses lombaires et au muscle carré des lombes. C'est en arrière et dans l'épaisseur du grand psoas, qu'est placé le plexus lombaire, rapport important qui explique la violence des douleurs lombaires produites par une contraction répétée de ce muscle, et par l'utérus chargé de produit de conception.

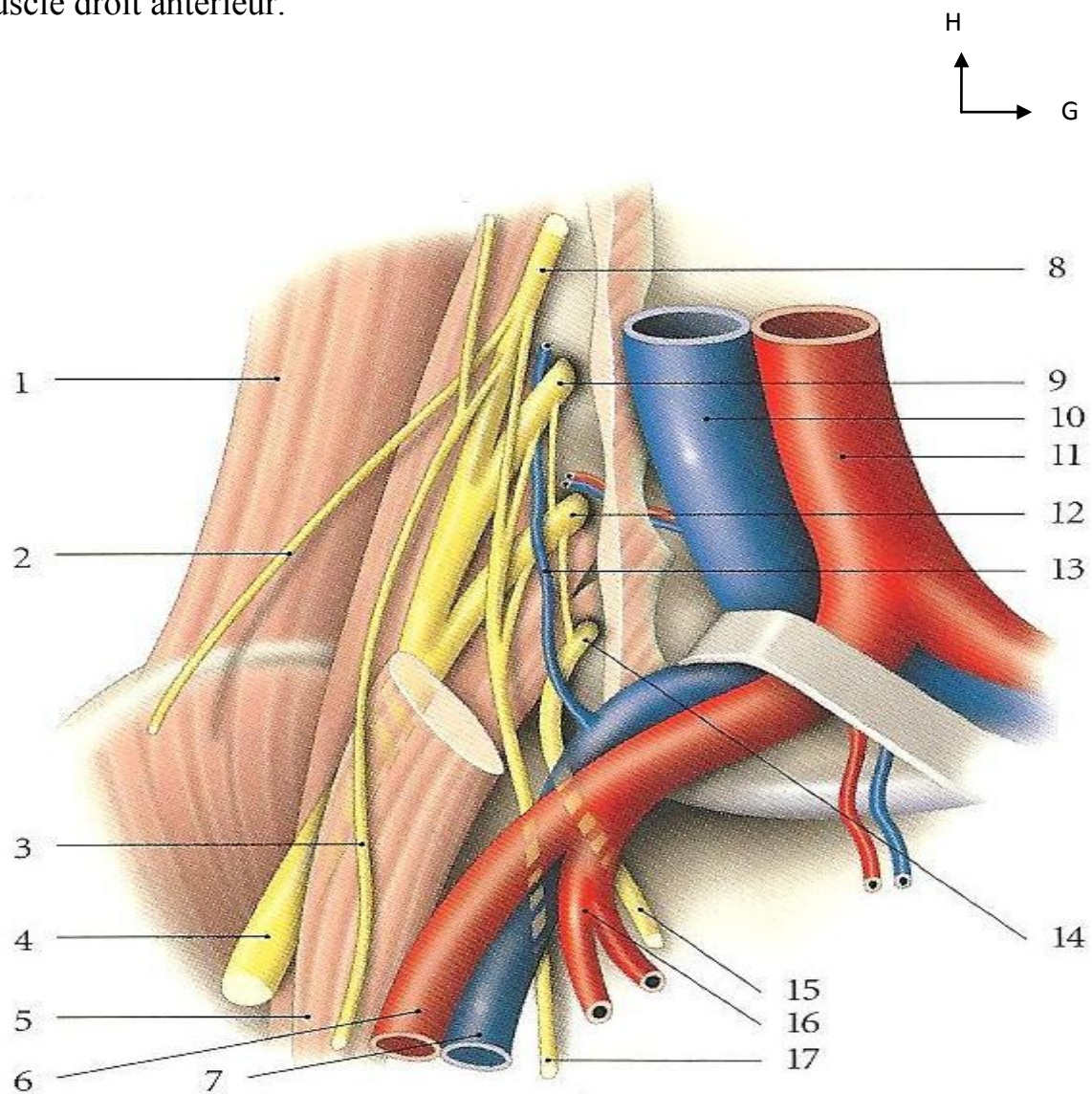
✚ Le muscle iliaque tapisse la fosse iliaque. Il est recouvert par le péritoine, le caecum et la portion finale de l'intestin grêle à droite, le sigmoïde à gauche.

Au niveau de l'arcade fémorale, le psoas iliaque remplit exactement la partie de cette arcade qu'il occupe : ainsi on n'observe jamais de hernie à ce niveau.

A la cuisse, en avant, il est séparé du tissu cellulaire du pli de l'aîne par l'aponévrose fémorale profonde. Il répond au nerf crural qui s'échappe de dessous le psoas. Il existe une gouttière entre le psoas et l'iliaque, dont il constitue la seule limite. En arrière, il répond immédiatement au bord antérieur de l'os coxal et à l'articulation coxo-fémorale. Là, se voit une capsule synoviale qui communique souvent par une ouverture de dimension variable avec la synoviale articulaire.

Le bord interne du muscle psoas-iliaque répond au bord externe du pectiné et à l'artère fémorale qu'il recouvre quelquefois.

Le bord externe est côtoyé d'abord par le muscle couturier, puis par le muscle droit antérieur.



**Figure 3** : Rapport vasculo-nerveux du muscle ilio-psoas dans la fosse ilio-lombaire [50]

- |                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. m. carré des lombes         | 10. v. cave inf.          |
| 2. n. cutané lat. de la cuisse | 11. aorte                 |
| 3. n. génito-fémoral           | 12. n. lombaire L4        |
| 4. n. fémoral                  | 13. v. lombaire ascendant |
| 5. m. grand psoas              | 14. n. lombaire L5        |
| 6. a. iliaque ext.             | 15. tronc lombaire sacral |

### **II.1.1.5. Action du muscle psoas-iliaque**

Lorsque le point fixe est à son origine, c'est un fléchisseur de la hanche, rapprochant la cuisse du tronc. Ainsi, il est mis en jeu en décubitus dorsal lors de l'élévation alternée des jambes. Accessoirement, c'est un rotateur externe et un abducteur de la hanche.

Si le point fixe est à sa terminaison, la contraction simultanée des deux ilio psoas entraîne une flexion des deux hanches rapprochant le tronc des membres inférieurs, lors du passage de la position couchée à la position assise (par exemple).

La contraction bilatérale entraîne une lordose lombaire.

La contraction unilatérale participe à l'inclinaison latérale du tronc, du même côté. C'est le principal muscle fléchisseur de la hanche agissant sur la cuisse ou le tronc en fonction du point fixe. Il est largement utilisé dans les gestes sportifs : course et surtout le démarrage, prise d'appui, saut, frappe de balle etc.

Les muscles ilio-psoas, le tenseur du fascia lata et le couturier (sartorius), constituent le groupe des muscles fléchisseurs de la hanche. Pour évaluer leur rétraction, il faut placer le sujet en décubitus dorsal, l'une des jambes pendant en dehors de la table d'examen, l'autre fléchie. Progressivement, on doit pouvoir arriver au contact du tronc sans que l'autre cuisse ne décolle du plan de la table.

### **II.1.2. Le muscle petit psoas [50, 58]**

- **Situation et forme** (Figure 1) :

Le muscle petit psoas est un muscle inconstant, grêle, charnu en haut et tendineux en bas, qui descend en avant du muscle psoas, de la douzième vertèbre thoracique jusqu'à l'éminence ilio-pectinée.

- **Origine et trajet (Figure 1) :**

Le muscle petit psoas naît de la douzième vertèbre dorsale (T12), de la première, quelquefois de la deuxième vertèbre lombaire (L1, L2) et des disques intervertébraux correspondants. Il forme un petit faisceau aplati, qui paraît d'abord n'être qu'une dépendance du grand psoas, mais qui s'en isole bientôt pour donner naissance à un tendon large, resplendissant, lequel croise à angle très aigu la direction du grand psoas,

- **Terminaison (Figure 1):**

Il vient se fixer en s'élargissant sur la ligne arquée, en arrière de l'éminence ilio-pectinée, et à la portion correspondante du détroit supérieur du bassin.

Il reçoit par son bord externe l'aponévrose lombo-iliaque. Le petit psoas manque souvent, quelquefois il est double.

- ❖ **Action :**

L'usage évident de ce muscle est de tendre l'aponévrose lombo-iliaque, de brider la portion lombaire du muscle psoas iliaque, et de s'opposer à son déplacement. Il est fléchisseur accessoire du bassin sur la colonne lombaire (exemple, dans l'action de grimper). Quand il prend son point fixe en bas, il incline le tronc du même côté.

- **Innervation :**

Le muscle petit psoas est innervé par le premier nerf lombaire.

### **II.1.3. Le fascia iliaque ou fascia iliaca.**

Il recouvre dans tout son ensemble le muscle ilio-psoas et s'épaissit progressivement vers le bas. Au-dessus du ligament inguinal, le fascia iliaque s'attache en dedans aux corps vertébraux, aux arcades d'insertion du muscle

psoas et à la ligne arquée de l'ilium ; en dehors, au fascia du muscle carré des lombes, et à la crête iliaque. En haut, le fascia iliaca présente un épaissement, le ligament arqué médial. Le ligament arqué médial s'attache en dedans au corps de la deuxième vertèbre lombaire, contourne en avant le muscle psoas et se termine à la base du processus transverse de la première. Au niveau du ligament inguinal, le fascia iliaca adhère en avant au ligament inguinal, tandis que sa partie interne, libre, qui limite en dehors l'anneau crural, s'épaissit et forme une lame fibreuse, résistante, appelée bandelette ilio-pectinée, tendue, entre le ligament inguinal et l'éminence ilio-pectinée. Au-dessus du ligament inguinal, le fascia iliaca se prolonge jusqu'à l'insertion trochantérienne du muscle ilio-psoas. Cette partie du fascia est décrite avec le fascia fémoral. Le fascia du muscle ilio-psoas n'est pas directement en contact avec le muscle. Il en est séparé par une nappe du tissu cellulaire lâche plus ou moins infiltrée de graisse, dans laquelle courent certaines branches terminales du plexus lombaire, le nerf fémoral en particulier.

### **III. PHYSIOPATHOLOGIE DES ABCÈS DU PSOAS [35]**

L'abcès du psoas peut être primitif mais il est généralement secondaire. La formation d'un abcès fait suite à l'affaiblissement des défenses naturelles de l'hôte. Il s'en suit un déséquilibre entre la contamination bactérienne et les moyens de défense contre l'infection (par exemple anomalie de la fonction leucocytaire ou une baisse de leur nombre).

Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent également favoriser la formation de l'abcès. Ce sont :

- La présence de corps étrangers au sein du tissu musculaire du psoas ;
- L'obstruction des voies urinaires avec stase urinaire favorable à la pullulation de germes qui peuvent diffuser vers le psoas ;

- Les hématomes tissulaires occasionnés par les traumatismes peuvent se surinfecter pour donner un abcès du psoas. l'ischémie avec nécrose d'une partie du psoas chez les hémoglobinopathes, peut se surinfecter et donner un abcès du psoas.

### **III.1. La formation du pus**

L'abcès commence par une cellulite. C'est le stade de pré-collection (ou stade I). La désolidarisation des tissus par un épanchement ou une cavité due à une nécrose d'une autre cause, forme une zone où les leucocytes peuvent s'accumuler et engendrer l'abcès : c'est le stade de collection de l'abcès (ou stade II). Celui-ci s'étend ensuite par dissection progressive du tissu par le pus ou la nécrose des cellules environnantes (c'est le stade III). Un tissu conjonctif richement vascularisé peut alors envahir et entourer le tissu nécrosé, les leucocytes et les débris, limitant ainsi l'extension de la suppuration.

### **III.2. La composition du pus : [35]**

C'est l'ensemble formé par les polynucléaires altérés et les débris de nécroses tissulaires. Recueilli par ponction ou incision c'est un liquide crémeux, jaunâtre, bien lié pouvant varier de couleur selon l'étiologie.

Au microscope on retrouve :

- ✓ des polynucléaires altérés ;
- ✓ des germes banals : le staphylocoque le plus souvent ou le streptocoque ;
- ✓ des débris nécrotiques.

### **III.3. Pathogénie des abcès primitifs**

La pathogénie de l'abcès primitif reste inconnue [11,13].

Les facteurs étio-pathogéniques incriminés dans la survenue des abcès primitifs du psoas pourraient être [2, 19, 34, 55] :

- une dissémination par voie hématogène ou lymphatique des germes à partir d'une porte d'entrée cutanée ou buccopharyngée ;
- un hématome lombaire post traumatique surinfecté;
- l'immunodépression : VIH, corticothérapie au long cours, diabète, et malnutrition [39, 44, 57].

Aucune de ces hypothèses n'a vraiment fait sa preuve [2].

#### **III.4. Pathogénie des abcès secondaires**

L'abcès secondaire survient par propagation d'une infection de contiguïté [55]. Ces foyers infectieux primitifs sont de localisations variées, de par leurs rapports anatomiques avec le muscle psoas ou son fascia.

En effet, au cours de son trajet, le muscle psoas iliaque est en rapport avec de nombreuses structures anatomiques rétro-péritonéales (reins, uretères, veine cave inférieure, aorte), intra-péritonéales (sigmoïde, côlon descendant, appendice, appareil génital féminin) et ostéo-articulaires (corps vertébraux et leurs disques, articulations sacro-iliaques, articulations coxo-fémorales et leur bourse antérieure sur laquelle le tendon du muscle psoas iliaque glisse).

Chacune de ces structures peut être à l'origine de la diffusion au psoas d'une infection par contiguïté, ou au contraire être le siège d'une infection secondaire à l'atteinte du muscle [13, 24].

Par ordre de fréquence, les étiologies des abcès secondaires sont classiquement :

- **Les étiologies digestives :**
  - la maladie de Crohn (60 %) ;
  - l'appendicite (16 %) ;
  - les cancers coliques (11 %) ;



- les autres causes digestives: Diverticulite, cancer du grêle, ulcère solitaire du grêle, pancréatite aiguë, rectocolite ulcéro-hémorragique.
- **Les étiologies rénales :** pyélonéphrite, phlegmon périnéphrétique, pyonéphrose, cancers de vessie, sténose urétrale compliquant une lithiase urétrale.
- **Les étiologies ostéoarticulaires (10 %) [1, 4, 13, 37, 42] :**
  - les spondylodiscites infectieuses (Tuberculose, Brucellose) ;
  - les sacro-iliites ;
  - les ostéomyélites ;
- **Les causes iatrogènes :**
  - le cathétérisme vésical sus-pubien ;
  - l'arthroplastie totale de la hanche infectée ;
  - l'hémodialyse ;
  - l'anesthésie épidurale ;
  - les dispositifs intra-utérins à but contraceptif.
- **Les autres étiologies :**
  - le lupus érythémateux systémique ;
  - la thrombose veineuse fémoro-poplitée ;
  - le lymphome.

### **III.5. Bactériologie : [1, 31, 32 ,49]**

#### **III.5.1. L'identification du germe**

L'identification et l'antibiogramme du ou des germes pathogènes sont essentiels. L'isolement des germes peut se faire à partir du pus de l'abcès et/ou par des hémocultures systématiques et répétées.

Seul l'examen bactériologique direct ou la culture des différents prélèvements permet une recherche et une identification du germe. L'examen de la coque de l'abcès doit être systématique car elle permet d'éliminer les associations lésionnelles possibles (nécrose caséuse tuberculeuse, maladie de Crohn ...) dans les formes secondaires.

#### **III.5.2. Les germes**

Le germe isolé dans l'abcès du psoas est le plus souvent unique. Il peut avoir certes, une grande valeur d'orientation étiologique, mais ne permet en aucun cas d'éliminer un abcès primitif.

Dans les abcès primitifs, le germe rencontré est souvent unique. L'agent infectieux le plus fréquemment en cause est le staphylocoque doré ou aureus.

Dans les abcès secondaires : Les bactéries telles que *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* prédominent surtout dans les abcès secondaires à une cause intestinale (Maladie de Crohn, appendicite, cancer du colon...) ou rénale (pyonéphrose, phlegmon périnéphrétique, pyélonéphrite...). Le *Mycobacterium tuberculosis* et la Brucellose sont également retrouvés en cas d'étiologies osseuses (sacro-iléite, spondylodiscite) surtout dans les pays en développement où la tuberculose demeure une maladie endémo-épidémique.

Autres germes rencontrés dans les abcès secondaires :

*Hémophilus parainfluenzae*, *Candida albicans*, *Trichinella spiralis*, *Fusobacterium nucleatum*, Amibes

## **IV. DIAGNOSTIC**

### **IV.1. Diagnostic positif:**

#### **IV.1.1. Clinique**

##### **IV.1.1.1. Type de description: Abcès du psoas droit chez l'adulte de 50 ans**

Les signes cliniques de l'abcès du psoas sont peu spécifiques, ce qui explique la difficulté et le retard fréquent du diagnostic.

##### **IV.1.1.1.1. Signes fonctionnels [14, 31]**

La symptomatologie est essentiellement marquée par la fièvre, la douleur abdominale et/ou lombaire. Cette douleur peut souvent irradier vers la hanche ou vers le genou, entraînant une impotence fonctionnelle. L'interrogatoire retrouve fréquemment une anorexie et des nausées. Il peut s'agir de signes urinaires à type de pollakiurie et brûlure mictionnelle.

##### **IV.1.1.1.2. Signes généraux [32, 49].**

L'examen clinique retrouve une altération de l'état général dans certaines formes évoluées. Le syndrome infectieux est net avec une température de 38°-39° Celsius et des frissons.

##### **IV.1.1.1.3. Signes physiques [22, 51].**

L'examen physique retrouve parfois un psoïtis qui est une attitude en flexion-abduction et rotation externe de la cuisse. L'extension de la hanche provoque fréquemment une douleur vive.

La palpation de l'abdomen retrouve une sensibilité du flanc ou de la fosse iliaque avec une masse palpable dans 50 % des cas.

Exceptionnellement, l'abcès du psoas peut être révélé par un syndrome méningé qui serait dû à une communication de la suppuration avec le canal

rachidien par l'intermédiaire de plexi veineux para vertébraux pauvres en structures valvulaires.

#### **IV.1.1.2. Formes cliniques**

##### **IV.1.1.2.1. Formes anatomiques**

Anatomiquement l'abcès du psoas peut être :

- Unilatéral à droite (psoas droit)
- Unilatéral à gauche (psoas gauche)
- Bilatéral (psoas droit et gauche)

##### **I.V.1.1.2.2. Formes selon l'étiologie**

L'abcès du psoas peut être provoqué par certaines affections :

- **Appendicite rétro cæcale** avec une douleur de la FID, masse pouvant aller au flanc, psoïtis, boiterie antalgique homolatérale plus une hyperleucocytose.
- **Mal de Pott** : douleur lombaire irradiant vers les membres inférieurs et un ATCD il y a un foyer initial de tuberculose.

La radiographie du rachis objective la spondylodiscite. Les crachats BAAR et l'IDR sont positifs.

- **Abcès du psoas suite à la maladie du Crohn et la recto-colite**

**hémorragique** : dans les ATCD il y a une notion de douleur avec rectorragie.

- **Abcès du psoas suite à un traumatisme abdominal**

##### **IV.1.1.2.3. Formes selon l'âge :**

Il y a l'abcès du vieillard et du jeune : rare chez les vieilles personnes et fréquent chez les jeunes. Cependant les manifestations sont les mêmes.

##### **I.V.1.1.2.4. Formes compliquées :**

- Rupture de l'abcès dans la cavité péritonéale entraînant une péritonite pouvant entraîner la mort.
- Rupture accidentelle de l'uretère.

- Fistulisation à la peau

- Récidives quelques rares fois.

#### **IV.1.1.3. Biologie**

La biologie contribue peu au diagnostic. Elle révèle un syndrome infectieux et inflammatoire avec une vitesse de sédimentation accélérée et une hyperleucocytose, alors que les hémocultures restent habituellement négatives [49].

#### **IV.1.1.4. Imagerie**

Le diagnostic de l'abcès du psoas est étayé par les données de l'imagerie.

##### **IV.1.1.4.1. Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) incidence de face (patient debout). [56]**

L'abdomen sans préparation incidence de face patient étant en position debout peut montrer, outre une attitude scoliotique, un effacement du bord du psoas, une lésion osseuse à type de spondylodiscite ou de sacro-iléite.

##### **IV.1.1.4.2. Echographie abdominale**

L'échographie est l'examen de base pour le diagnostic positif [32,34]. Elle a une spécificité de 40 % [22] et sa sensibilité est de 80 % [16]. L'aspect échographique dépend du stade de détection. À la phase pré-suppurative, le psoas est augmenté de volume, d'aspect hypo-échogène. Au stade collecté, il existe une masse hypo-échogène contenant parfois des cloisons. L'échographie permet d'éliminer une cause rénale.

##### **IV.1.1.4.3. Tomodensitométrie abdominale (TDM)**

L'examen TDM confirme les données échographiques : elle représente l'examen clef avec une spécificité de 95 % [40]. Sa sensibilité est de 90 à 100 % [10, 16].

L'abcès se traduit par une masse hypodense prenant le contraste en périphérie.

Elle permet d'étudier l'extension de la collection, son volume, et un éventuel cloisonnement [23, 44].

En cas d'abcès multiloculaire, les cloisons se rehaussent après injection intraveineuse de produit de contraste.

La TDM permet de mieux préciser l'extension et de rechercher une origine secondaire (rénale, digestive et osseuse).

À côté de leur apport diagnostique, l'échographie et la TDM permettent de guider un drainage percutané [4].

#### **IV.1.1.4.4. Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**

L'IRM a une valeur diagnostique identique à celle de la TDM, voire parfois supérieure. En effet, son bilan d'extension est plus précis, notamment pour éliminer une atteinte disco-vertébrale [10, 14, 46].

#### **IV.1.1.4.5. Autres examens**

- **Urographie intra-veineuse (UIV) :**
  - L'UIV est souvent utilisée pour éliminer une étiologie rénale.
  - En revanche, elle permet d'étudier le retentissement de l'abcès du psoas sur les structures rénales tel qu'un refoulement du rein et /ou du l'uretère.
- **Lavage opaque ou baryté :**

Cet examen est plutôt pratiqué pour éliminer ou rechercher une étiologie digestive à l'abcès du psoas : maladie de Crohn, tumeur colique gauche ou du caecum, diverticulose etc.

Très souvent dans la maladie de Crohn, le lavement opaque met en évidence un trajet fistuleux entre le tractus digestif et le psoas.

- **Radiologie interventionnelle : ponction exploratrice écho ou scano-guidée.**

Cet examen à but diagnostique est réalisé sous contrôle échographique ou tomodensitométrie pour guider le trajet, afin d'éviter de contaminer une collection liquidienne non infectée en traversant une anse intestinale interposée. La préparation est simple : un champ stérile et une anesthésie locale ; la ponction percutanée peut être réalisée avec des aiguilles de types différents, des prélèvements cyto bactériologiques sont ensuite effectués. Cette ponction peut aussi être couplée à un drainage selon la technique de Seldinger lorsque le pus est plus épais.

- **La fistulographie**

L'examen est simple, indolore, et est demandé lorsqu'il existe un écoulement de quelque nature qu'il soit, par un orifice inhabituel. Le patient est installé sur la table de radiologie, en position couchée. Le médecin désinfectera la peau avec une solution antiseptique, puis cathétérise l'orifice fistuleux. Il injectera alors progressivement une solution de contraste qui lui permettra d'apprécier, sous contrôle vidéo, le trajet interne de la fistule. Plusieurs clichés seront réalisés dans différentes positions. L'examen est réalisé en mode numérique direct avec soustraction digitale. Les images sont traitées secondairement sur une console de travail.

## **IV.2. Diagnostic différentiel [17]**

Il se pose essentiellement avec :

### **IV.2.1. Le plastron appendiculaire :**

Il peut faire évoquer l'abcès du psoas mais,

- son siège est le plus souvent dans la FID (fosse iliaque droite) ;
- sa consistance est dure ;

- la notion de résistance à la prise d'antibiotique

#### **IV.2.2. La lymphadénite inguinale :**

Il faut rechercher une notion de porte d'entrée. La douleur et la tuméfaction sont de siège inguinal.

#### **IV.2.3. L'abcès pariétal :**

L'échographie abdominale permet de poser le diagnostic.

#### **IV.2.4. L'abcès para-néphrétique :**

La douleur et la tuméfaction sont de siège lombaire haut. Des signes urinaires sont le plus souvent associés.

#### **IV.2.5. Les tumeurs du compartiment du muscle psoas**

Les aspects échographiques des tumeurs sont très semblables à ceux des abcès au stade pré-suppuratif. Le diagnostic différentiel est d'autant plus difficile que ces tumeurs peuvent se compliquer d'abcédation.

La TDM avec injection de produit de contraste permet de faire le diagnostic dans la plupart des cas. En cas de doute, le recours à une ponction biopsie écho ou scano-guidée avec étude histologique s'avère nécessaire.

Les tumeurs primitives intéressent une des structures du compartiment du psoas. Il peut s'agir d'un rhabdomyosarcome, schwannome, ganglioneurome, neurinome, fibrosarcome, liposarcome, hémangio-péricytome.

Les tumeurs secondaires représentent 70% et il s'agit le plus souvent de métastases à partir de cancers de la sphère uro-génitale ou digestive ou à partir de l'os.

#### **IV.2.6. Le kyste hydatique du psoas**

Il est rare. Son aspect échographique est parfois trompeur et peut prêter à confusion avec l'abcès surtout en cas de kyste hydatique de type I et IV.



En cas de doute diagnostique, la sérologie et éventuellement la TDM permettent de trancher.

#### **IV.2.7. L'hématome du psoas.**

L'hématome détermine un aspect identique à celui de l'abcès.

L'échographie révèle une collection rétropéritonéale cloisonnée contenant des échos intenses avec parfois des calcifications.

Ces hématomes peuvent être dus à un traumatisme, à un traitement anti coagulant, à des troubles d'hémostase ou à la fissuration d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Leur contexte clinique et leur évolution échographique sont complètement différents des abcès. Cependant en cas d'hématome surinfecté, l'aspect échographique reste similaire à celui de l'abcès.

### **V. Traitement**

#### **V.1. Buts du traitement**

- Assécher l'abcès et guérir le malade ;
- Traiter la cause éventuelle

#### **V.2. Moyens thérapeutiques.**

##### **V.2.1. Traitement médical [13].**

###### **V.2.1.1 Antibiothérapie.**

C'est un excellent complément au traitement chirurgical ou au drainage percutané. Elle doit être instaurée précocement avant même les résultats bactériologiques et adaptée ensuite à l'antibiogramme.

Statistiquement, le staphylocoque (*S. aureus* et *S. doré*) est le germe le plus incriminé dans les abcès du psoas justifiant ainsi une antibiothérapie probabiliste à large spectre incluant systématiquement un anti-staphylococcique.

Les bacilles gram négatifs aérobie ou anaérobies doivent aussi être couverts en raison de leur fréquence dans les abcès secondaires d'origine digestive et rénale. Enfin, les antibacillaires anti-tuberculeux sont des médicaments fondamentaux incontournables dans les abcès tuberculeux.

L'antibiothérapie initiale associe en général : une céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération à la posologie de 2g/24h en intra-veineuse, un aminoside type Gentamycine 80mg × 2 /24h et un anti-anaérobie type Métronidazol 500mg × 3 /24h.

#### **V.3.1.2. Traitement adjuvant [38]**

L'usage des antalgiques et antipyrétiques permet d'améliorer le confort du malade en soulageant la douleur et la fièvre.

Un traitement anticoagulant prophylactique à dose iso-coagulante doit être entrepris de façon systématique.

#### **V.3.2. Le drainage percutané [13, 26, 42, 64]**

##### **V.3.2.1. Technique**

Le drainage percutané est le plus souvent réalisé dans une salle de radiologie ou un bloc opératoire équipé d'un échographe. Il est pratiqué sous anesthésie locale à la xylocaïne 1% chez un malade à jeun perfusé. L'asepsie est de rigueur.

La voie d'abord est déterminée par échographie ou TDM. En général, elle est antéro-latérale quoique certains auteurs préfèrent un abord postéro-latéral pour éviter une éventuelle contamination de la cavité péritonéale.

Le drainage doit être précédé d'une ponction-aspiration à la seringue ayant pour but outre le diagnostic positif et l'identification du germe en cause,

d'évacuer et décompresser l'abcès évitant sa rupture ou la compression des organes de voisinage.

Le drainage se fait à l'aide d'un matériel associant drain, guide et dilateur. Le calibre des cathéters est variable de 14 à 18 Gauge (G).

Le guidage se fait essentiellement par échographie ou par TDM.

Deux techniques sont utilisées pour mettre en place le cathéter de drainage : ce dernier peut être inséré en un temps lorsqu'il est monté d'emblée sur un trocart (technique du trocart), ou en deux temps par méthode de Seldinger qui consiste à l'introduction préalable d'un guide métallique qui va permettre de dilater la voie d'abord, puis de servir de support à l'introduction du cathéter de drainage définitif.

Des irrigations de la cavité à l'aide de sérum salé isotonique sont effectuées jusqu'à ce que le liquide utilisé ressorte clair. Certains auteurs n'estiment pas nécessaire de réaliser des irrigations, en raison du risque de complication, et se contentent d'injecter plusieurs fois par jour de petites quantités de sérum salé (5 à 10ml) simplement pour assurer la perméabilité du cathéter et le nettoyer.

#### **V.3.2.2. Complications, échecs et récurrences**

Les complications sont peu fréquentes et dépendent surtout de l'expérience de l'opérateur. Dans la littérature, leur taux varie de 0 à 15%. Ce sont principalement : la surinfection (par éventuelles fusées à distance en particulier vers le rachis ou des trajets fistuleux), les perforations surtout digestives (intestin grêle, colon), les hémorragies et les irritations éventuelles du plexus lombaire se traduisant par une douleur vive, irradiante vers le membre inférieur. L'existence d'un cloisonnement, d'une large fistule, l'obstruction ou le déplacement du cathéter et le retrait prématuré du drain sont les principales causes d'échecs et de récurrences.

### **V.3.3. Le drainage chirurgical [26, 42, 64]**

#### **V.3.3.1. Technique**

La voie d'abord habituelle est la lombotomie sous costale extrapéritonéale, le malade étant installé en décubitus latéral. L'incision est identique à celle de la lombotomie costale mais à un niveau différent soit 1 cm en-dessous et parallèlement à la 12<sup>ème</sup> côte jusqu'à un point situé à 2 cm en avant et en-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. La section du ligament costo-vertébral permet de repousser la côte vers le haut et d'élargir l'abord pour une exploration correcte de l'abcès. Ensuite sont effectués : l'exploration et l'évacuation du liquide purulent, la fente des logettes, le lavage abondant, la biopsie de la coque de l'abcès et le drainage par une lame de delbet. Si la collection a fusé vers la région crurale, une seconde incision parallèle à l'arcade est pratiquée.

Durant l'intervention, il faut rechercher l'existence d'adénopathies locorégionales nécrosées, d'hématome ancien surinfecté, de fistule et faire un bilan complet d'extension de l'abcès.

L'abord chirurgical doit être réservé aux cas où le drainage percutané a été insuffisant. L'abord doit être de préférence rétro-péritonéal quand le diagnostic est clair, gardant l'abord trans-péritonéal aux cas où la mauvaise situation du patient oblige à une laparotomie exploratrice. Le drainage doit être maintenu trois semaines, et l'antibiothérapie trois semaines de plus [56, 57].

### **V.4. Indications thérapeutiques**

#### **V.4.1. Antibiothérapie [38]**

L'utilisation de l'antibiothérapie seule n'est préconisée que pour :

- les abcès primitifs non étendus aux structures voisines et de diamètre inférieur à 15 mm ;

- les abcès au stade de pré-collection (stade I) et de collection (stade II)

#### **V.4.1. Drainage percutané [26, 42, 64,]**

Le drainage percutané écho ou scanno-guidé de première intention est actuellement admis par la plupart des équipes en raison de sa simplicité, sa rapidité, sa faible morbidité et mortalité assurant un geste thérapeutique sûr et efficace. Son taux d'efficacité est de 83 à 100%. Ces principales indications sont :

- abcès bien limités à l'échographie ou à la TDM et bien accessibles par voie percutanée à travers un trajet sûr. En effet, l'absence d'une telle voie d'abord doit faire préférer l'intervention chirurgicale ;
- abcès volumineux et étendue (stade III) ;
- en cas d'abcès multiloculaires, un drainage percutané est possible à condition que le cathéter soit mis en place de façon à ce que chaque lobulation soit drainée par un nombre suffisant de trous latéraux ;
- enfin, même en l'absence d'indication et en présence de certaines complications, le drainage percutané peut être indiqué ne serait-ce que pour améliorer l'état général du patient et assurer une meilleure préparation à l'intervention chirurgicale.

#### **V.4.2. Drainage chirurgical [26,41, 64]**

Le traitement chirurgical est actuellement réservé aux:

- ✓ échecs et complications du traitement percutané ;
- ✓ abcès d'accès difficile ;
- ✓ abcès multiclosonnés avec ou sans fistulisation ;

- ✓ abcès secondaires à une étiologie digestive ou rénale d'indication chirurgicale ;
- ✓ abcès survenant chez l'enfant, le drainage percutané étant de réalisation exceptionnelle ;
- ✓ abcès volumineux et étendus.

**DEUXIEME PARTIE : NOTRE  
ETUDE**

# **I. OBJECTIFS**



## I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

### **I.1.1. Objectif général.**

Etudier l'abcès du psoas au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU/YO) et à la Polyclinique Notre Dame de la Paix (PNDP).

### **I.1.2. Objectifs spécifiques.**

- 1) Déterminer le profil épidémiologique des patients reçus pour abcès du psoas au Centre hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo et à la Clinique Notre Dame de la Paix (PNDP).
- 2) Décrire les principales manifestations cliniques de l'abcès du psoas au CHU/YO et à la CNDP.
- 3) Déterminer les principales étiologies et les différents germes responsables de l'abcès du psoas au CHU/YO et à la CNDP.
- 4) Décrire les différentes modalités thérapeutiques de l'abcès du psoas au CHU/YO et à la CNDP.

## **II. METHODOLOGIE**

## **II. METHODOLOGIE.**

### **II.1. Cadre de l'étude.**

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU/YO et à la Polyclinique Notre Dame de la Paix (PNDP) à Ouagadougou au Burkina Faso.

#### **II.1.1 Le Burkina Faso**

Le Burkina Faso est un pays en développement situé en Afrique de l'ouest. C'est un pays enclavé qui est limité par le Mali au nord, le Bénin au sud-est, le Togo et le Ghana au sud, le Niger à l'est et la Côte d'Ivoire au sud-ouest. C'est un pays sahélien dont la superficie est de 274 000 Km<sup>2</sup>. Sa population était estimée à 15 730 977 habitants selon les données statistiques de 2009.

Près de 77,3% de la population vit en milieu rural et la population féminine représente 51,7% de la population générale. Le taux brut de natalité est estimé à 46 pour mille, celui de mortalité générale est de 15,2 pour mille.

Le Burkina Faso est un pays essentiellement agricole et pastoral. Environ 47% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Pays à très faible revenu, il est classé 161ème (sur 169) pays selon l'Indice de Développement Humain (2010) publié par le PNUD (programme des nations unies pour le développement). Il souffre à l'instar des autres pays en développement d'un large déficit social caractérisé par :

- le Produit National Brut (PNB) par habitant qui est très faible : 240 dollar US/habitant en 2006 ;
- 47% de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté estimé à 72.640F par adulte et par an.

Sur le plan sanitaire, on comptait un médecin pour 35 937 habitants en 2006 alors qu'il est recommandé un médecin pour 10 000 habitants.

Le système de santé est organisé selon une échelle pyramidale à trois niveaux avec un système de référence et de contre référence où le centre hospitalier universitaire (CHU) occupe le dernier échelon.

### **II.1.1.1. La ville de Ouagadougou**

C'est la capitale politique du Burkina Faso. Elle est située dans la région du centre. Sa population était estimée à 1 489 732 habitants. Elle comporte cinq districts sanitaires, 3 CM, 4 CMA, 77 CSPS, 15 dispensaires isolés, 3 maternités isolées, 2 CHU (Yalgado Ouédraogo et Charles de Gaulle), 172 formations sanitaires privées et 17 formations sanitaires confessionnelles.

#### **II.1.1.1.1. Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo**

Il a été construit en 1961 et constitue avec le CHU/ Souro Sanou de Bobo Dioulasso et le CHU Pédiatrie Charles de Gaulle les trois centres de référence du Burkina Faso. Il est situé dans la capitale Ouagadougou et reçoit les patients de cette ville et des provinces environnantes. Il comprend plusieurs services :

- les services de médecine et de spécialités médicales ;
- les services de chirurgie et de spécialités chirurgicales ;
- le service de gynéco-obstétrique ;
- les laboratoires de biochimie, d'hématologie, de bactériologie, et d'anatomie pathologie ;
- les services de radiologie et d'imageries médicales ;
- le service de Kinésithérapie ;
- le dépôt pharmaceutique ;

- les services administratifs et annexes.

### **Le service de chirurgie générale et digestive.**

Il est situé au côté Est dans l'enceinte du CHU/YO et comprend trois grandes unités :

- ✓ L'unité des urgences viscérales est constituée d'une salle d'accueil comportant quatre tables d'examen, une salle de mise en observation comprenant au total douze lits et un bloc opératoire comportant deux salles d'opération dont 01 fonctionnelle. Elle reçoit les patients entrants et les post-opérés récents ;

- ✓ L'unité du bloc opératoire comprend deux salles d'opération et une salle de stérilisation. Elle constitue le local où s'effectue le programme opératoire réglé ;

- ✓ L'unité d'hospitalisation à une capacité de quarante-huit lits. Elle reçoit les patients opérés des urgences pour leur suivi post opératoire mais également d'autres patients hospitalisés pour des pathologies chirurgicales en dehors des situations d'urgence et ou en attente d'une intervention chirurgicale.

Le personnel de la chirurgie viscérale est composé comme suit:

- 01 professeur titulaire ;
- 02 assistants ;
- 26 attachés de santé en chirurgie ;
- 14 infirmiers diplômés d'Etat ;
- 06 infirmiers brevetés ;
- 23 garçons et filles de salle ;

- Des médecins en spécialisation de chirurgie, des étudiants en médecine et des élèves infirmiers en formation.

#### **II.1.1.1.2. La Polyclinique Notre Dame de la Paix (PNDP)**

Elle est située au secteur n°25 à Ouagadougou au Burkina Faso et a vu le jour le 14 mai 1992 grâce au Docteur Jean Baptiste Ouédraogo. Elle est une structure sanitaire privée polyvalente légalement enregistrée au Ministère de la Santé.

Elle offre des prestations variées avec des consultations dans presque toutes les spécialités médicales. Une dizaine de chirurgiens assurent les prestations en chirurgie viscérale, orthopédique, urologique, en neurochirurgie, en ORL, et en chirurgie maxillo-faciale. La polyclinique compte en tout 52 lits. Le plateau technique disponible permet l'utilisation de techniques de pointe telles que la coelio-chirurgie, la chirurgie endoscopique.

### **II.2. Population et méthode**

#### **II.2.1. Type d'étude.**

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive allant de janvier 2001 à décembre 2010 et portant sur les dossiers des patients ayant été reçus dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU/YO et de la Polyclinique Notre Dame de la Paix.

#### **II.2.2. Population d'étude.**

Notre étude a concerné tous les patients qui ont consulté dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU /YO et de la Polyclinique Notre Dame de la Paix pour un abcès du psoas au cours de notre période d'étude, et répondant aux critères d'inclusion.

### **II.2.3. Critères d'inclusion.**

Ont été inclus dans notre étude, tous les patients hospitalisés dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO et dans la Polyclinique Notre Dame de la Paix pour abcès du psoas diagnostiqué soit à l'échographie, soit au scanner, soit au cours d'une laparotomie.

### **II.2.4. Critères de non inclusions**

Ont été exclus de notre étude, tous les patients qui ont présenté un abcès du psoas et dont les dossiers cliniques n'étaient pas complets.

### **II.2.5. Sources de données :**

Au cours de notre étude, les données épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des sources suivantes :

- les registres de consultation du service des urgences viscérales du CHU-YO et de la Polyclinique Notre Dame de la Paix ;
- les registres d'hospitalisation du service chirurgie générale et digestive du CHU-YO et de la Polyclinique Notre Dame de la Paix ;
- les dossiers cliniques des malades hospitalisés ;
- les registres de protocole opératoire.

### **II.2.6. Collecte et traitement des données**

Une fiche individuelle de collecte de données pour chaque patient a été établie pour recueillir les données. Les résultats des données ont été exploités manuellement et à l'aide de l'outil informatique avec le logiciel Epi Info dans sa version française 3.3.5

### **II.2.7. Variables étudiées**

Les données ont été étudiées selon quatre volets : le volet épidémiologique, le volet clinique, paraclinique, le volet étiologique et le volet thérapeutique.

#### **❖ Données épidémiologiques.**

Les variables prises en comptes étaient :

- la fréquence ;
- l'âge ;
- le sexe ;
- la profession ;
- le mode d'admission ;
- le délai de consultation ;
- la provenance ;
- les antécédents.

#### **❖ Les données cliniques et paracliniques**

Les variables suivantes ont été considérées :

##### **✓ Les signes généraux et fonctionnels :**

- la douleur lombaire ou iliaque ;
- la fièvre ;
- l'impotence fonctionnelle du membre inférieure.

##### **✓ Les signes physiques**

- le psoïtis droite, gauche ou bilatéral ;
- la tuméfaction lombaire ou iliaque ;



- les signes associés ;
- Les autres pathologies associées.

✓ **Les données de la biologie :**

Les données suivantes ont été précisées :

- la numération blanche ;
- le taux d'hémoglobine ;
- la Vitesse de Sédimentation (VS) ;
- la C Protéine Réactive (CRP) ;
- le résultat de la culture du pus ;
- le germe.

✓ **L'imagerie médicale**

- l'échographie abdomino-pelvienne ;
- la tomodensitométrie abdomino-pelvienne.

❖ **Les données étiologiques**

- Les foyers primaires ;
- La quantité du pus ;
- L'odeur du pus ;
- Les germes isolés ;

❖ **Les données thérapeutiques**

- l'antibiothérapie ;
- le drainage percutané ;
- le drainage chirurgical ;

- les gestes opératoires effectués ;
- le traitement post opératoire ;
- les données évolutives ;
- les suites immédiates.

### **II.2.8. Considérations éthiques et déontologiques**

La collecte des données s'est effectuée à partir des dossiers des malades avec l'accord des chefs de service. Les fiches de collecte ont été remplies sur place et les informations recueillies concernant les patients sont restées confidentielles et anonymes.

### **II.2.9. Définitions opérationnelles.**

- Fièvre : température corporelle supérieure ou égale à 37°8 Celsius.
- Hyperleucocytose : le nombre de globules blancs supérieur à 10.000 éléments par millimètre cube de sang.
- Abcès primitif du psoas : c'est un abcès survenu chez un patient ne présentant aucun autre foyer infectieux supposé être le foyer primitif et dont la recherche d'étiologie s'est avérée négative.
- Abcès secondaire du psoas : abcès du psoas survenant dans les conditions d'existence d'un foyer infectieux préalable et qui serait la résultante d'une diffusion du foyer primaire.

## III. RESULTATS

### III. RESULTATS

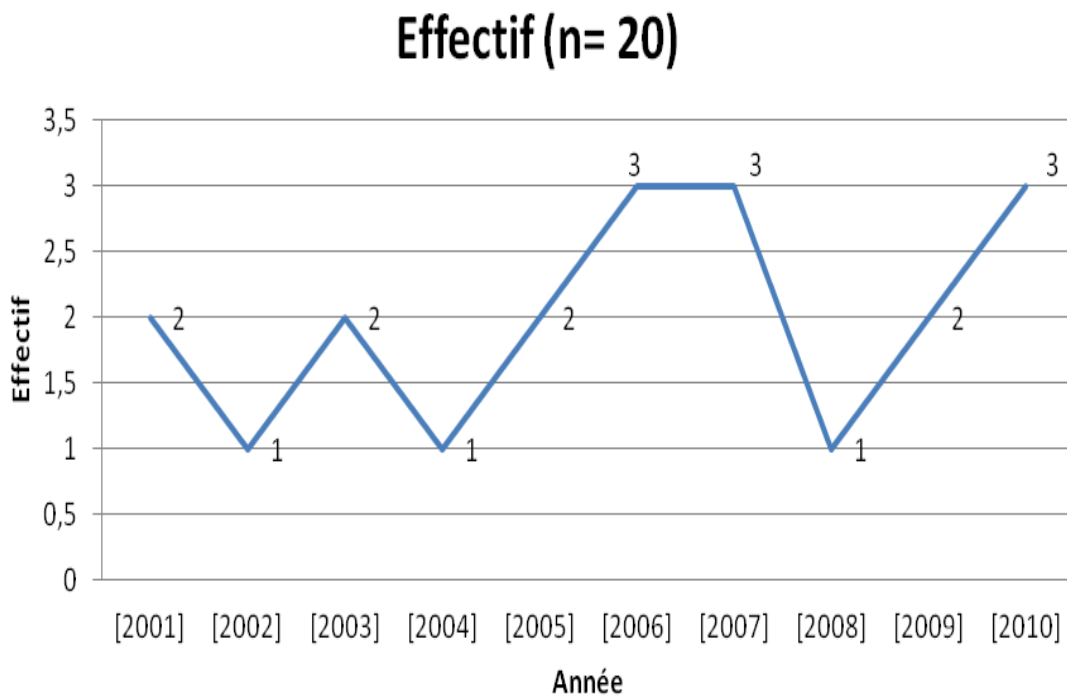
#### III.1. Profil sociodémographique

##### III.1.1. Fréquence des abcès du psoas

Notre étude a concerné la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 31 décembre 2010. Durant cette période 15770 patients ont été admis dans l'unité des urgences du service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO et de la Polyclinique Notre Dame de la Paix. Au cours de cette période, 255 cas de myosite dont 20 cas d'abcès du psoas ont été recensés soit une moyenne annuelle de 2 cas. Les abcès du psoas représentaient 7,8 % de l'ensemble des myosites recensées au cours de la même période.

##### III.1.2. Distribution du nombre d'abcès du psoas selon l'année

La distribution annuelle des patients a été représentée dans le graphique ci-dessous :

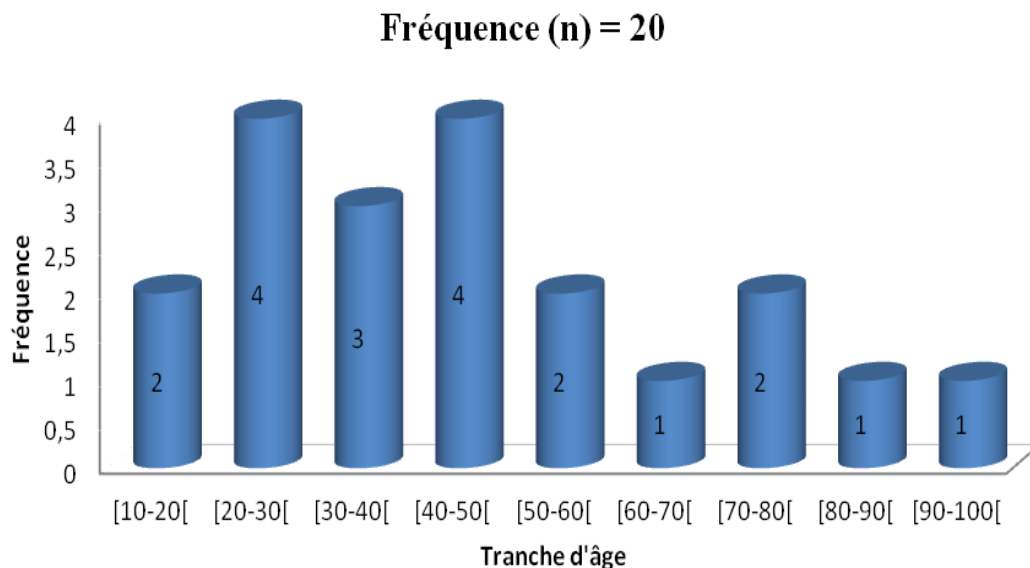


**Figure 4: Distribution des abcès du psoas selon l'année**

Trois patients souffrant d'abcès du psoas ont été recensés en 2006, 2007 et 2010.

### III.1.3. Répartition selon l'âge

La répartition des patients souffrant d'abcès du psoas selon l'âge a été représentée par le graphique suivant :



**Figure 5** : Répartition des abcès du psoas par tranche d'âge.

L'âge moyen de nos patients était de 42,65 ans avec des extrêmes de 15 et 90 ans. Les tranches d'âge de [20-29] et de [40-49] ont été les plus touchées.

### III.1.4. Répartition des patients selon le sexe

Dans notre série, la répartition de nos patients, selon le sexe, se présentait comme suit :

12 patients étaient de sexe masculin, tandis que 08 étaient de sexe féminin. Le sex-ratio était de 1,5.

### III.1.5. Répartition des patients selon le statut socioprofessionnel

La distribution des patients, selon la profession, a été indiquée dans le tableau I.

**Tableau I**: Répartition des patients selon le statut socioprofessionnel.

n = 20

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>
<b>Commerçants</b>	3
<b>Cultivateurs</b>	7
<b>Elèves/Étudiants</b>	2
<b>Fonctionnaires</b>	2
<b>Secteur informel</b>	6
<b>Total</b>	<b>20</b>

Dans notre série, les cultivateurs étaient la classe socioprofessionnelle la plus touchée dans 07 cas et les travailleurs du secteur informel dans 06 cas.

### III.1.6. Répartition des patients selon la provenance

Treize (13) patients provenaient de la ville de Ouagadougou et des environs ; les 07 autres des provinces.

### III.1.5. Répartition des patients selon le mode d'entrée

Dans notre étude, 08 patients ont été référés d'un centre médical avec antenne chirurgicale, 08 autres étaient venus d'eux-mêmes en consultation aux

urgences viscérales. Les 05 autres ont été transférés soit du service des urgences médicales soit du service de Néphrologie du CHU-YO.

### III.1.7. Répartition des patients selon les antécédents pathologiques

Cinq patients avaient au moins un antécédent pathologique. Chez 15 patients, nous n'avons retrouvé aucun antécédent.

La répartition des antécédents pathologiques a été représentée dans le tableau II.

**Tableau II:** Principaux antécédents pathologiques de nos patients

n = 05

Antécédents	Nombre de patients
VIH	01
Tuberculose osseuse	01
TB ganglionnaire	01
Insuffisance rénale /hémodialysé	01
Drépanocytose	01
<b>Total</b>	<b>05</b>

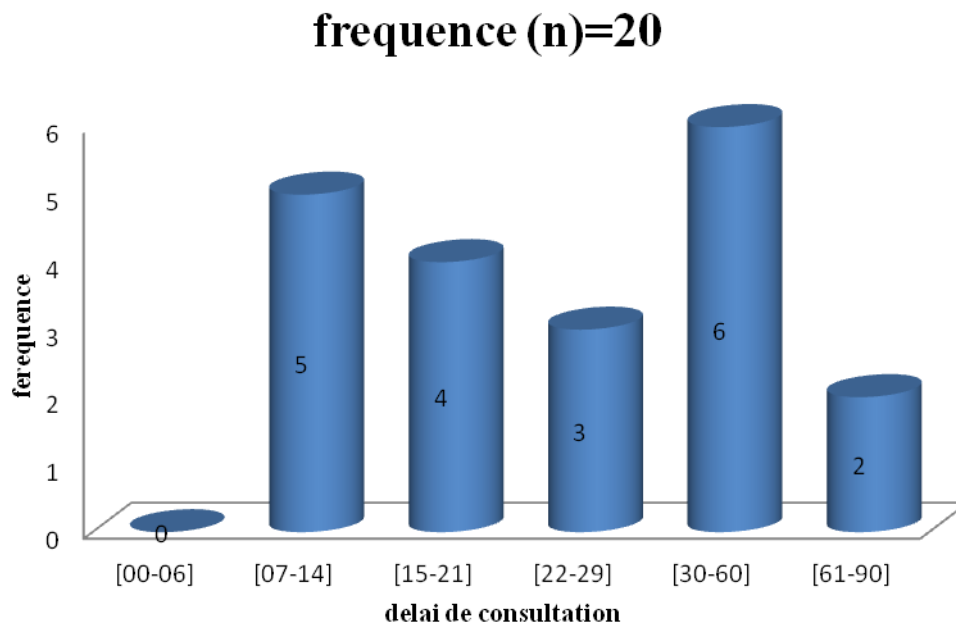
Des antécédents de tuberculose ont été retrouvés chez 02 patients. Chez l'un, il s'agissait d'une tuberculose vertébrale ou mal de pott tandis que chez l'autre il s'agissait de tuberculose ganglionnaire.

### III.2. Aspects cliniques et paracliniques

#### III.2.1. Aspects cliniques

##### III.2.1.1. Répartition des patients selon le délai de consultation

La distribution des patients, selon le délai de consultation en jour, est représentée par la figure 5.



**Figure 6** : Répartition des patients selon le délai de consultation

Les patients souffrants d'abcès du psoas ont consulté dans un délai moyen de 29 jours avec des extrêmes de 10 et 90 jours.

- 12 patients ont consulté en moins de 01 mois du début des symptômes.
- Les 08 autres ont consulté dans un délai supérieur à 01 mois.

##### III.2.1.2. Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels

###### III.2.1.2.1. La douleur

Dans notre série, la douleur a été retrouvée chez tous nos 20 patients.



Elle siégeait au niveau lombaire dans 12 cas : précisément dans 07 cas au niveau lombaire droit et au niveau lombaire gauche dans 05 cas.

- Chez 02 patients, la douleur était localisée au niveau du flanc gauche et dans 01 cas, elle siégeait au flanc droit.
- Dans 05 cas, la douleur siégeait dans la FID.

#### **III.2.1.2.2. Psoïtis**

Le psoïtis ou signe du psoas a été retrouvé dans 07 cas sur 20. Il s'agissait d'une attitude antalgique se traduisant par une discrète flexion, rotation externe de la hanche.

#### **III.2.1.2.3. Fistulisation spontanée à la peau**

Dans notre série, 01 patient a présenté une suppuration superficielle de l'abcès. Il s'agissait de deux plaies ovalaires de 02 cm et 03 cm de grand axe siégeant respectivement au niveau iliaque et au niveau lombaire gauche.

#### **III.2.1.2.4. Autres signes fonctionnels**

##### **➤ Troubles de transit :**

Une notion de constipation a été notée chez 01 patient et de vomissements chez 02 de nos patients.

##### **➤ Anorexie :**

Elle a été rapportée dans deux cas.

##### **➤ Signes urinaires :**

Il s'agissait de pollakiurie et de brûlures mictionnelles qui ont été retrouvées chez 01 patient.

Le récapitulatif des signes fonctionnels retrouvés chez nos patients est présenté dans le tableau III.

**Tableau III:** Répartition des principaux signes fonctionnels de nos patients.

n= 20

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Nombre de patients (n)</b>
<b>Douleur</b>	20
<b>Psoïtis</b>	07
<b>Fistulisation à la peau</b>	01
<b>Anorexie</b>	01
<b>Constipation</b>	01
<b>Vomissement</b>	02
<b>Signes urinaires</b>	01

Une douleur a été retrouvée chez tous nos patients et une impotence fonctionnelle chez 07 patients.

### III.2.1.3. Répartition des patients en fonction des signes généraux

- ✓ La fièvre était le principal signe général constant rapporté dans la plupart de nos observations soit 19 cas sur 20.
  - 19 patients avaient une température comprise entre 37,8 et 39 degrés Celsius.
  - Chez un seul patient, la température était normale à 37,2 degrés Celsius.
- ✓ L'altération de l'état général a été retrouvée chez 03 patients.

- ✓ Une pâleur conjonctivale a été notée dans 11 cas.

### **III.2.1.4. Répartition des patients selon les signes physiques**

#### **III.2.1.4.1. Tuméfaction abdominale**

Chez 13 patients, l'examen physique a retrouvé une tuméfaction abdominale rénitente et douloureuse : celle-ci siégeait préférentiellement au niveau lombaire dans 09 cas ; dans 02 cas, elle siégeait au niveau iliaque et dans 02 autres cas au niveau du flanc.

#### **III.2.1.4.2. Empâtement de la fosse iliaque ou lombaire**

Chez 07 autres patients, on a retrouvé un abdomen sensible avec empâtement de la fosse iliaque ou lombaire.

#### **III.2.1.4.3. Répartition des patients selon la localisation de l'abcès.**

Dans notre série il a été noté :

- Treize (13) cas où l'abcès était localisé du côté droit ;
- Sept (07) localisations du côté gauche ;
- aucune localisation bilatérale n'a été notée.

#### **III.2.1.4.4. Répartition des patients selon le type d'abcès**

Dans notre série, il a été noté

- Dix huit (18) cas d'abcès chauds
- Deux (02) cas d'abcès froids

Dans tous les cas les abcès ont été diagnostiqués au stade de collection.

**Au total**, le diagnostic clinique de l'abcès du psoas chez nos patients était basé essentiellement sur la triade : fièvre, douleur iliaque et/ou lombaire, masse

abdominale ou lombaire rénitente ou un simple empâtement. Ce trépied clinique était présent chez 19 de nos patients.

### **III.2.2. Aspects paracliniques**

#### **III.2.2.1. Données biologiques**

##### **III.2.2.1.1. La Numération Formule Sanguine (NFS)**

Dans notre série, tous nos patients ont bénéficié d'une Numération Formule Sanguine (NFS).

- Dix-sept (17) patients ont présenté une hyperleucocytose dont les valeurs étaient comprises entre 12700 et 27003 élément / mm<sup>3</sup>.
- Une anémie microcytaire hypochrome était présente chez 11 patients.

##### **III.2.2.1.2. La Vitesse de Sédimentation (VS)**

La VS a été réalisée chez 18 de nos patients et était accélérée à la première heure avec une valeur moyenne égale à 73,11 mm et des extrêmes de 22 et 150 mm.

##### **III.2.2.1.3. Bactériologie du pus.**

Les prélèvements d'abcès ont été effectués chez 18 patients lors du drainage.

###### **III.2.2.1.3.1. Aspects macroscopiques du pus.**

Dans notre série, l'aspect « pus jaunâtre » était notifié dans 17 cas dont 13 cas avaient une odeur malodorante. L'aspect « pus chocolat » a été retrouvé 01 fois et était malodorante.

###### **III.2.2.1.3.2. Aspect microscopique du pus.**

L'examen direct et/ou la culture du pus prélevé ont été réalisés dans 18 cas sur 20. La culture était stérile dans 04 cas.

La distribution des différents germes isolés est représentée dans le tableau IV.

**Tableau IV:** Récapitulatif des germes isolés dans le pus

n= 14

<b>Germes isolés</b>	<b>Nombre (n)</b>
<b>Staphylococcus aureus</b>	<b>10</b>
Mycobacterium tuberculosis	02
Salmonella enteridis	} 01
+ Enterobacter cloacae	
Echerichia coli enteropathogène	} 01
+ Acinetobacter baumannii	
<b>Total</b>	<b>14</b>

- L'analyse bactériologique du pus a permis d'isoler au moins un germe dans 14 cas. Le pus était mono-microbien dans 12 cas et bi-microbien dans 02 cas.
- Le Staphylococcus aureus était le germe le plus rencontré dans 10 cas sur 14.

#### III.2.2.1.4. Autres examens biologiques

- **La créatininémie :**

- ✓ La créatininémie était normale chez 19 patients. Une hyper-créatininémie à 267  $\mu\text{mol/l}$  a été retrouvée chez 01 patient. Il s'agit du patient avec antécédent d'insuffisance rénale chronique régulièrement hémodialysé dans le service de Néphrologie et d'hémodialyse du CHU-YO.

- **La glycémie**

- ✓ Dans notre étude, la glycémie était normale chez 19 patients.
- ✓ Une hyperglycémie de 7,9 mmol/l a été retrouvée chez 01 patient.

### **III.2.2.2. Imagerie**

#### **III.2.2.2.1. Cliché d'abdomen sans préparation (ASP)**

L'ASP a été réalisé chez 07 patients:

Chez 03 patients, on notait une scoliose antalgique avec un effacement du bord externe du psoas parmi lesquels 02 avaient des lésions osseuses de spondylodiscite.

#### **III.2.2.2.2. Echographie abdominale**

Cet examen a été réalisé dans un but diagnostique chez tous nos patients. Elle a permis de poser le diagnostic chez 17 patients en précisant le siège, la taille, le nombre et l'écho-structure de l'abcès.

L'abcès a été mis en évidence sous forme d'une masse hypoéchogène unique. Il siégeait dans le muscle grand psoas dans 16 cas et dans 01 cas, il s'étendait du grand psoas au muscle iliaque homolatéral.

Dans le cadre de la recherche d'un éventuel foyer infectieux primitif, l'échographie a objectivé :

- Des diverticuloses coliques chez un (01) patient ;
- Des images de pyélonéphrites dans un (01) cas ;
- Des images d'abcès appendiculaires chez deux (02) patients ;

- Une tumeur de l'utérus chez un (01) patient.

#### **III.2.2.2.3. Tomodensitométrie abdominale (TDM)**

Dans notre série, trois (03) patients ont bénéficié d'une TDM.

L'abcès était unique chez chacun des trois (03) patients. Les images tomodensitométriques étaient sous forme d'hypodensité du compartiment du muscle psoas avec prise de contraste en couronne ou de façon annulaire. Dans ces 03 cas, l'abcès siégeait au sein du muscle grand psoas.

Dans le cadre de la recherche d'un éventuel foyer primitif, la TDM a trouvé :

- ✓ des images de spondylodiscite chez 01 patient ;
- ✓ des ADP rétro-péritonéales chez 01 patient ;
- ✓ une tumeur du colon gauche chez 01 patient.

#### **III.2.2.2.4. Diamètre des abcès**

Le diamètre échographique et scannographique des abcès variait de 50 à 310 mm avec une moyenne de 108,75 mm.

### **III.3. Aspects étiologiques**

#### **III.3.1. Les foyers primitifs infectieux**

La distribution des patients présentant un abcès du psoas en fonction des étiologies a été représentée dans le tableau suivant.

**Tableau V:** Récapitulatif des abcès selon l'étiologie

n = 20

---

<b>Foyer primitif</b>	<b>Nombre de patients (n)</b>
<b>Idiopathique</b>	<b>12</b>
<b>Appendicite (abcès)</b>	<b>03</b>
Diverticulose + tumeur colique gauche	01
Pyélonéphrite	01
Mal de pott	01
Tuberculose ganglionnaire	01
Tumeur surinfectée de l'utérus	01
<b>Total</b>	<b>20</b>

---

Chez 12 patients, aucune cause n'a été retrouvée.

L'appendicite a été le foyer primitif le plus fréquent avec 03 cas.

La répartition des abcès primitifs et secondaires, selon la localisation, a été présentée dans le tableau VI.



**Tableau VI:** Répartition des abcès primitifs et secondaires selon la localisation

n = 20

<b>Diagnostic final</b>	<b>Nombre de patients (n)</b>
<b>Abcès primitifs du psoas droit</b>	<b>8</b>
Abcès primitifs du psoas gauche	4
Abcès secondaires du psoas droit	5
Abcès secondaires du psoas gauche	3
<b>Total</b>	<b>20</b>

Nous avons relevé 12 cas d'abcès primitifs et 08 cas d'abcès secondaires. La localisation préférentielle était au niveau du muscle psoas droit dans 13 cas.

### **III.4. Aspects thérapeutiques**

#### **III.4.1. Traitement médical**

Une bi-antibiothérapie probabiliste à large spectre incluant un antistaphylococcique à base de Ceftriaxone 2g/24h, Métronidazole 1,5 g/24h repartie en trois prises, a été administrée à tous nos patients en urgence. Dans 09 cas, il s'agissait d'une triple antibiothérapie associant la Gentamycine 80mg/24h par voie injectable aux deux molécules précédemment citées.

L'antibiothérapie a été poursuivie après le drainage de l'abcès et sa durée moyenne était de 6 semaines.

Chez 02 patients, des antituberculeux à base de Pyrazinamide (Z) et Ethambutol (E) Rifampicine (R), Isoniazide (H) ont été institués respectivement à la posologie de 30, 20, 10 et 5 mg/kg, selon le protocole du Centre National de lutte Antituberculeux (CNLAT) en vigueur en 2005 et 2007 : 2 RHZE/6EH.

Ce protocole comportait deux phases thérapeutiques. La première phase consistait à administrer pendant 2 mois une combinaison de 4 antituberculeux à base de Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol. Pendant la deuxième phase qui durait 6 mois seuls l'Isoniazide et l'Ethambutol étaient administrés.

Un antalgique-antipyrétique (Paracétamol associé à du Néfopam) a été administré chez tous nos patients par voie intraveineuse.

Une transfusion de concentré de globules rouges iso-groupe iso-rhésus a été nécessaire chez 5 patients et une réanimation à base de sérum salé isotonique 500 cc × 2/24h, de sérum glucosé isotonique 500 cc × 2/24h, Ringer lactate 500cc × 2/ 24h et de paracétamol injectable 1g ×3/4h a été réalisée chez tous nos patients.

Dans notre série, le traitement médical exclusif n'a été institué chez aucun patient. Il a été toujours couplé au drainage chirurgical de l'abcès.

#### **III.4.2. La radiologie interventionnelle :**

Aucun patient n'a bénéficié d'une ponction écho ou scano-guidée ni d'un drainage percutané de l'abcès.

#### **III.4.3. Traitement chirurgical**

Tous nos patients ont bénéficié d'un drainage chirurgical de l'abcès sous anesthésie générale.

- **Voies d'abord et gestes chirurgicaux :**

- ✓ Chez 12 patients, la voie d'abord était rétropéritonéale par une courte lombotomie. L'ouverture de la poche de l'abcès après refoulement de la loge rénale vers le haut a permis d'aspirer le pus à l'aide d'une seringue. Un prélèvement pour analyse bactériologique du pus a été réalisé. Une toilette de la cavité au sérum salé Bétadine a été faite ainsi que la mise en place d'un drainage.
- ✓ Chez 06 patients, la voie d'abord était iliaque type Mac Burney dont 03 en trans-péritonéales et 03 en rétro-péritonéales. Les foyers primitifs retrouvés à l'ouverture du péritoine étaient des abcès appendiculaires dans 02 cas. L'ouverture du fascia du muscle a permis d'aspirer le pus et de poser un drainage par 2 lames de Delbet.
- ✓ Chez 02 patients il s'agissait d'une voie médiane transpéritonéale. A l'ouverture, l'exploration a permis de mettre en évidence le siège de l'abcès. La recherche de foyers primitifs avait permis de mettre en évidence une tumeur du colon gauche associé à une diverticulose colique dans 01 cas, un abcès appendiculaire dans 01 cas et enfin des adénopathies sur le tronc ileo-colique droit dans 01 autre cas.

L'ouverture du fascia du muscle a permis d'aspirer le pus et de faire un drainage par 2 lames de Delbet.

Dans tous les cas l'abcès siégeait au niveau du muscle grand psoas. Et dans 01 cas, il s'étendait au muscle iliaque.

- **Le traitement des foyers primitifs :**

Il a consisté en une appendicectomie dans 02 cas, une héli-colectomie gauche avec colostomie dans 01 cas et une hystérectomie dans 01 cas.

### **III.5. Evolution et complications**

#### **III.5.1. Les suites opératoires**

Dans les suites post-opératoires, 07 patients ont présentés des complications.

- ✓ Chez 01 patient, il s'agissait d'un choc hypovolémique survenu dans les 48 premières heures des suites post-opératoires. Il s'agissait du patient insuffisant rénal chronique.
- ✓ Quatre (04) patients ont présenté une hyperthermie après la normalisation de la température. Cette hyperthermie a été traitée par les antipyrétiques et antipaludéens.
- ✓ Chez 02 autres patients il s'agissait de suppuration de paroi. Ces suppurations ont été traitées par des soins locaux à base d'antiseptique.
- ✓ Dans 13 cas les suites opératoires ont été simples.

Aucune récurrence de l'abcès n'a été notée.

#### **III.5.1. Mortalité**

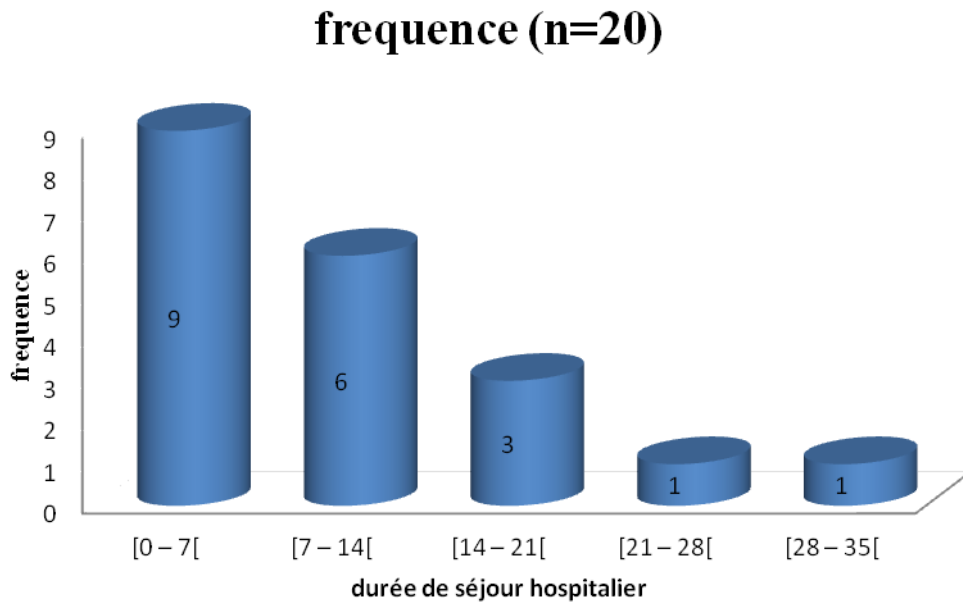
Dans notre étude, 01 patient est décédé dans un tableau de choc hypovolémique survenu dans les 24h post-opératoires.

#### **III.5.2. Durée du séjour hospitalier**

La durée du séjour à l'hôpital des patients a été représentée par le graphique suivant :

**Figure 7** : Répartition des patients selon la durée du séjour hospitalier

n = 20



La durée moyenne d'hospitalisation était de 11,65 jours avec des extrêmes de 6 et 33 jours.

## IV. DISCUSSION

## **IV. DISCUSSION**

### **IV.1. Contraintes et limites de l'étude**

- Le caractère rétrospectif de notre étude a constitué une limite à ce travail, du fait des insuffisances dans la tenue et le suivi de certains dossiers médicaux. Un cinquième de l'ensemble des dossiers reçus n'a pu être exploité car perdu ou incomplet.
- L'évolution n'a pu être évaluée dans tous les dossiers car ces derniers n'ont pas été régulièrement mis à jour.

Malgré ces limites, nous avons pu confronter nos résultats à ceux de la littérature.

### **IV.2. Aspects sociodémographiques**

#### **IV.2.1. Fréquence**

Au cours de la période de notre étude, allant du 01 janvier 2001 au 31 décembre 2010 (soit 10 ans), nous avons collecté 20 cas d'abcès du psoas dont 12 cas d'abcès primitifs et 08 cas d'abcès secondaires, soit une moyenne annuelle de 2 cas. L'abcès du psoas est rare et représente 7,8% de l'ensemble des myosites au cours de la même période d'étude.

Nos résultats sont semblables à ceux des autres auteurs africains. Ainsi, Mounkoro . [43] à Bamako (Mali) en 2006 ont rapporté 18 cas d'abcès du psoas collectés en 09 ans, soit une moyenne annuelle de 2 cas par an. Koffi et col.[29] en Côte d'Ivoire trouvaient 18 cas en 12 ans, soit une moyenne annuelle de 1,5 cas par an. Escharab et col. [40] à Rabat (Maroc) en 2000 rapportaient 21 cas collectés en 10 ans, soit 2,1 cas par an dont 18 (85,7%) abcès primaires et 03 (14, 3%) abcès secondaires.

Dans notre série tout comme dans ces différentes séries africaines, l'abcès primaire est plus fréquent que l'abcès secondaire du psoas.

Par contre, nos résultats sont différents de ceux des auteurs Occidentaux où les fréquences demeurent un peu plus élevées avec une prédominance des abcès secondaires par rapport aux abcès primitifs.

Audia et col.[4] à Dijon (France) en 2006 ont trouvé 06 cas d'abcès secondaires en 01 an.

Zissin et col.[70] à Kfar saba (Israël) en 2001 ont trouvé 24 cas en 08 ans, soit 3 cas par an.

Baskent et col.[5] en Turquie en 2009 ont trouvé 15 cas collectés en 4 ans dont 14 abcès secondaires et 01 abcès primaire. La moyenne annuelle était de 3,8 cas.

Gruenwald et col.[25] aux U.S.A. en 1992, [15] ont revu 434 cas publiés dont 70% d'abcès primaires et 30% d'abcès secondaires.

La fréquence de l'abcès du psoas est faible quel que soit le pays. La plupart des auteurs [4, 5, 29, 40, 43, 70] n'ont recensé que 1,5 à 6 cas par an.

La prédominance des abcès primaires du psoas au Burkina Faso et dans les pays en développement pourrait s'expliquer par :

- Le bas niveau socio-économique, la pauvreté et l'ignorance qui font que les populations Africaines sont plus exposées aux maladies infectieuses comparativement aux populations européennes et Américaines.
- L'insuffisance de moyen d'investigation pour la recherche de foyers primitifs. Cela justifierait le fait que les causes idiopathiques soient le plus rapportées.



#### **IV.2.2. Age**

Dans notre série, l'âge moyen de nos patients était de 42,65 ans avec des extrêmes de 15 et 90 ans. Les tranches d'âge les plus touchées étaient celles de [20-30] et de [41-51] ans.

Nos résultats sont superposables à ceux de Manass [38] au Maroc qui trouvait une moyenne d'âge de 42 ans. Attipou [3] au Togo, Diakité [15] au Mali et Masso-Misse [40] au Cameroun ont noté des résultats beaucoup plus bas que les nôtres qui étaient respectivement de 23 ; 32 et de 17ans

Par contre, dans les séries européennes et asiatiques, les tendances sont un peu plus élevées. Penado [49] en Espagne, Zissin [70] en Israël, Turunc [63] en Turquie, Audia [4] en France trouvaient respectivement un âge moyen de 52 ; 52 ; 55,8 et 65,5 ans.

Dans 60 observations de la littérature récente [3, 13, 32, 49, 63, 70], l'âge des patients allait de 4 à 86 ans.

Cet âge moyen de 42,65 est superposable à celui des séries africaines. Par contre il est nettement inférieur à celui des séries européennes et asiatiques. Cette tendance jeune de nos patients peut s'expliquer par deux raisons :

- ✓ dans notre contexte, les personnes âgées consultent rarement les centres de santé ;
- ✓ la population du Burkina Faso et africaine en général, est en majorité jeune avec une espérance de vie courte contrairement à celle d'Europe.

#### **IV.2.3. Le sexe**

Une prédominance masculine a été notée dans notre série avec un sex-ratio de 1,5. Cette prédominance a été signalée par la plupart des auteurs. Penado en Espagne [49], Masso-Misse [40] au Cameroun, Zissin [70] en Israël,

Manass [38 ] au Maroc, Attipou [3] au Togo, ont noté respectivement un sex-ratio de 2,28 ; 2,34 ; 3 ; 4,33 ; 7.

La prédominance masculine reste encore inexpliquée dans la littérature.

Par contre, selon Gruwald [25] et Salvator [60], l'abcès du psoas atteint plus les femmes que les hommes. Le sexe ne semble pas être un facteur retentissant sur la survenue de l'abcès du psoas. L'homme et la femme peuvent être atteints avec une différence de sexe variable selon les séries.

Dans notre série, la prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que les hommes consulteraient plus facilement que les femmes. Dans notre société, les femmes n'ont pas le pouvoir décisionnel. Du fait de leur statut social faible, le pouvoir décisionnel de consulter un agent de santé reviendrait aux époux.

#### **IV.2.4. Provenance**

Dans notre série, 13 patients provenaient du milieu urbain. Nos résultats sont semblables à ceux de Mounkoro [ ] au Mali qui trouvait que la moitié des patients de sa série (09 patients sur 18) provenaient du milieu urbain.

Cette prédominance de la provenance urbaine de nos patients pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a été faite en milieux urbains.

#### **IV.2.5. Antécédents**

Historiquement, la tuberculose était le premier antécédent souvent associé à l'abcès secondaire du psoas [3]. Dans notre série, 02 patients avaient des antécédents de tuberculose. Ce nombre se rapproche de celui de Belgith [6] en Tunisie dans sa série de 18 cas et de Manass [38] au Maroc dans sa série de 16 cas qui ont trouvé respectivement 01 et 03 cas d'antécédents de tuberculose.

La notion de tuberculose parmi les antécédents dans notre série pourrait s'expliquer par l'endémie de la tuberculose dans notre pays. Cependant, sa

faible fréquence pourrait être justifiée par l'existence du Centre National de Lutte Anti-Tuberculose (CNLAT) à travers son programme national de lutte contre la tuberculose.

Actuellement, on observe une augmentation de l'incidence de l'abcès primaire du psoas chez des sujets immunodéprimés, sujets porteurs de pathologies chroniques débilitantes (diabète, néoplasie, maladie auto-immune, SIDA), les sujets consommateurs de drogue par voie parentérale, dénutris et alcooliques [3].

Dans notre étude, 01 seul patient sur 12 abcès primitifs du psoas était connu porteur du VIH. Masso-Misse [40] au Cameroun avait également trouvé 01 cas de VIH sur une série de 87 cas, soit 2,29%. Ces résultats semblent être minimisés car la recherche du VIH n'a pas été systématiquement faite chez nos patients à leur admission.

Un cas de drépanocytose SC a été retrouvé dans notre série. Masso-Misse [40] en avait trouvé 02 cas dans sa série.

Dans notre série, chez 15 patients aucun antécédent pathologique n'a été retrouvé. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Manass [38] au Maroc et Penado[49] en Espagne qui trouvaient des taux plus bas, respectivement 09 cas (56%) et 15 cas (65%).

### **IV.3. Diagnostic de l'abcès du psoas**

#### **IV.3.1. Diagnostic clinique**

##### **IV.3.1.1. Délai de consultation**

La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 29 jours avec des extrêmes de 10 et 90 jours. Nos résultats sont superposables à ceux d'Echarrab au Maroc [16] qui trouvait un délai de consultation de 28 jours avec des

extrêmes de 4 et 60 jours. Manass [38] au Maroc a rapporté un délai moyen de consultation plus long de 55 jours.

Par contre Audia en France [4] et Zissin [70] en Israël retrouvaient un délai moyen plus court, respectivement de 21 et 19 jours.

Ce long délai d'évolution des symptômes chez nos patients exprime un retard à la consultation. Dans notre contexte, les raisons suivantes peuvent expliquer ce retard :

- ✓ les difficultés initiales rencontrées, étant donné le début insidieux de la symptomatologie et la non spécificité des signes révélateurs (fièvre, douleurs [abdominale, lombaire, inguinale crurale], altération de l'état général etc) qui font que les patients traînent beaucoup avant d'arriver à une structure spécialisée où le diagnostic sera reconnu et établi ;
- ✓ le recours à l'automédication et au traitement traditionnel font que les patients consultent tardivement.

#### **IV.3.1.2. Signes fonctionnels.**

##### **❖ La douleur**

La douleur a été retrouvée chez tous nos 20 patients. Elle siégeait dans 12 cas au niveau lombaire, dans 05 cas au niveau iliaque et 03 cas au niveau du flanc. Elle irradiait dans la hanche ou le genou. Nos résultats concordent avec ceux de littérature où la douleur a été décrite dans 100% des cas dans la quasi-totalité des séries revues [3, 13, 14, 31, 32, 49, 70].

Dans la série de Penado [49], 20 patients sur 23 (91%) présentaient une douleur iliaque et/ou lombaire spontanée au moment du diagnostic. Ce même constat a été fait par Manass [38] qui notait dans sa série la présence de la douleur dans 16 cas sur 16.

### ❖ **Impotence fonctionnelle du membre inférieur**

Retrouvée chez 07 patients sur 20, l'impotence fonctionnelle du membre inférieur était localisée à droite dans 05 cas et à gauche dans 02 cas. Plusieurs auteurs ont rapporté cette notion dans leurs travaux [8, 13, 31, 49]. D'après Smida [62], l'impotence fonctionnelle du membre inférieur a toujours été le motif de consultation.

Dans notre série, elle est retrouvée chez 07 patients à type de limitation de l'extension du membre inférieur se manifestant par une boiterie. Cette attitude vicieuse serait due à l'inflammation du muscle psoas (psoïtis ou signe du psoas) [31].

### ❖ **Fistulisation spontanée à la peau**

Dans notre série, un seul patient a présenté une suppuration superficielle. L'abcès avait fistulisé spontanément à la peau avant l'admission du patient à l'hôpital. Ce signe a été décrit par d'autres auteurs. Ainsi donc, Attipou et col. [3], ont décrit dans leur série 01 cas de fistulisation à la peau sur 08 cas d'abcès du psoas. Houvette et col [28], quant à eux, ont décrit un empyème sous-cutané iliaque symptomatique d'un mal de pott lombaire : cet empyème serait dû à la progression des coulées purulentes paravertébrales cheminant dans le compartiment psoas-iliaque et provoquant l'effraction du fascia iliaca à l'origine de la constitution de l'empyème qui aurait fistulisé à la peau sans l'intervention du chirurgien.

Dans notre série, la fistulisation à la peau pourrait s'expliquer par la longue évolution des symptômes justifiée ici par le retard à la consultation avec un délai de consultation assez long.

### ❖ **Autres signes fonctionnels**

Dans notre étude des troubles digestifs à types de diarrhée et d'anorexie ont été mentionnés par 02 patients. Une notion de constipation a été notée chez 01 patient. Des troubles mictionnels (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie, impériosité mictionnelle) ont été notés chez les deux patients qui ont été transférés du service de Néphrologie et d'Hémodialyse du CHU-YO. Ces mêmes signes fonctionnels ont été rapportés à des degrés différents par plusieurs auteurs [31, 32, 49, 70]. Par ailleurs, Conde et col.[13] , Garcia et col. en Espagne [22] ont rapporté un abcès du psoas exceptionnellement révélé par un syndrome méningé qui serait attribué à une communication avec le canal rachidien via les plexus veineux paravertébraux qui manquent de structure valvulaire.

Ainsi, nous pouvons affirmer que la symptomatologie de l'abcès du psoas est non spécifique et dépend du site du foyer infectieux primaire.

#### **IV.3.1.3. Signes généraux**

##### **❖ Altération de l'état général**

Dans notre série, chez 03 sur 20 patients une altération de l'état général à été retrouvée. Audia et col. [4] en France faisaient le même constat en décrivant une altération de l'état général chez 01 patient sur 06. Masso-Missé [40] au Cameroun trouvait aussi que (32 cas) 27,58% de ses patients présentaient un état général altéré.

L'altération de l'état général pourrait s'expliquer par le long temps d'évolution des symptômes. En effet dans notre série, la durée moyenne d'évolution des symptômes était de 29 jours.

##### **❖ La fièvre :**

La fièvre est le principal signe général retrouvé chez la quasi-totalité de nos patients, soit 19 cas sur 20, avec une température entre 37°8 et 38°C. Chez

01 de nos patients la température était normale à l'admission. Ce dernier avait reçu un traitement antérieur à base de paracétamol. Nos résultats sont superposables à ceux de Manass [38] et qui ont noté la présence de fièvre dans 16 cas sur 16 patients de leurs séries. Diakité [15], Audia [4] Attipou [3], ont également noté la présence de fièvre chez la totalité des patients de leur série respectivement dans 11 cas sur 11, 06 cas sur 06, 17 cas sur 17.

#### **IV.3.1.4. Signes physiques.**

##### **❖ Masse abdominale rénitente**

Une masse abdominale rénitente et douloureuse siégeant au niveau iliaque ou lombaire a été retrouvée 13 fois sur 20 dans notre série. Elle siégeait préférentiellement au niveau lombaire dans 09 cas ; dans 02 cas elle a été retrouvée au niveau iliaque et dans 02 autres cas au niveau du flanc. Dans 07 cas on n'a retrouvé qu'un simple empatement de la fosse iliaque ou lombaire. Nos résultats se rapprochent de ceux de Manass [38] qui, dans sa série, avait trouvé une masse abdominale chez 10 patients (62%). La masse siégeait préférentiellement au niveau iliaque dans 8 cas (80%). Diakité [15] lui, trouvait également que 08 patients sur 11 étaient porteurs d'une masse abdominale. Dans les séries de Zissin [70] une masse abdominale a été retrouvée dans 09 cas sur 24 soit 37,5%. Belgith et col.[6] avaient rapporté une masse abdominale dans 11 cas sur 18. Nos résultats pourraient s'expliquer par la longue évolution des symptômes ce qui favoriserait la formation d'abcès de grande taille Dans notre série la taille moyenne des abcès était de 108,75 mm et pouvant atteindre 310 mm de grand axe.

### ❖ Psoïtis

Dans notre série, le psoïtis est retrouvé chez 07 patients parmi 20, soit 35%. Nos résultats sont superposables à ceux de Audia et col. [4] à Dijon (France) qui, trouvaient 02 cas de psoïtis sur 06 cas, soit 33,3%. Quant à Manass et col. [38] à Cassablanca (Maroc) ils trouvaient une proportion relativement plus élevée avec 07 cas sur 16 patients, soit 44%. Par contre dans la série de Diakité [15] au Mali le psoïtis a été retrouvé chez 11 patients sur 11, soit 100%.

Pour Wrong [66], ce signe est très bien décrit dans la littérature, mais souvent oublié lors de l'examen physique. Dans 80 observations récentes [3, 13, 32, 70], ce signe spécifique de l'atteinte du muscle psoas n'est retrouvé que 22 fois, soit un peu plus que 25% des cas.

Ce faible taux de notification du psoïtis dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que les manœuvres permettant de le mettre en évidence sont très peu décrites dans nos différentes observations, donc très peu recherchées lors de l'examen clinique de nos patients.

Au total, dans notre série et dans la plupart des séries de la littérature revue, le diagnostic clinique initial des abcès du psoas est souvent insidieux et dominé par la triade : fièvre, douleur lombaire et/ou iliaque et masse rénitente palpable ou simple empâtement.

Quant au psoïtis, signe spécifique de l'atteinte du psoas, il est inconstamment et rarement retrouvé.



### **IV.3.2. Diagnostic paraclinique**

#### **IV.3.2.1. Données biologiques**

##### **❖ Hémogramme**

Une anémie inflammatoire microcytaire hypochrome a été retrouvée chez 11 de nos patients avec des taux d'hémoglobines allant de 5,3 à 8,6 g/dl. Une hyperleucocytose a été notée chez 17 patients avec un nombre de globules blancs allant de 12700 à 27003 éléments/mm<sup>3</sup>.

Nos résultats sont différents de ceux de Zissin et col.[70]. Ils trouvaient une anémie inflammatoire et une hyperleucocytose chez tous leurs patients soit 6 patient sur 6. Cependant, les valeurs du taux d'hémoglobine compris entre 6,5-10,4 g/dl et le nombre des globules blancs allant de 11000 à 26000/mm<sup>3</sup> étaient superposables aux nôtres.

Les résultats de l'étude de Diakité au Mali [15] sont sensiblement pareils aux nôtres. En effet, Diakité avait rapporté une hyperleucocytose dans 08 sur 18 cas et une anémie microcytaire hypochrome dans 07 cas sur 18 patients.

Cette anémie inflammatoire pourrait s'expliquer par la longue évolution des symptômes avec une séquestration du fer sérique du fait de l'inflammation prolongée.

##### **❖ Vitesse de Sédimentation (VS)**

Dans la plupart de la littérature revue, la VS est un paramètre constamment accélérée au cours des abcès du psoas [32, 38]. Dans la série de Penado [49], la VS était accélérée chez 12 patients parmi 17 chez qui l'examen avait été pratiqué. Sa valeur atteignait 70 mm à la 1<sup>ère</sup> heure. Dans celle de Manass et col.[38] la VS était accélérée chez tous les patients avec des valeurs allant de 25 à 100 mm à la 1<sup>ère</sup> heure.

Dans notre série, 18 patients avaient une VS accélérée allant de 27 à 100 mm à la 1<sup>ère</sup> heure. Nos résultats sont donc similaires à ceux de la littérature.

#### ❖ **La C Réactive Protéine (CRP)**

Ce paramètre spécifique de l'inflammation a été mesuré dans plusieurs séries [32,49] et sa valeur était toujours élevée.

Dans notre série, 02 patients ont bénéficié d'un dosage de la CRP et sa valeur était très élevée : 97 et 143 mg/l.

#### ❖ **Hémoculture**

D'après Mac Gillivray [36], 50 à 70% des hémocultures pratiquées chez des patients atteints d'abcès du psoas sont positives.

Dans la série de Losseff [32], parmi les 7 cas étudiés, seulement 01 patient avait une hémoculture positive : il ne faut donc pas s'étonner de la fréquente négativité des hémocultures malgré l'état infectieux sévère des patients.

Dans notre série, cet examen n'a pas été retrouvé dans les observations recensées.

### **IV.3.2.2. Imagerie**

#### ❖ **Cliché de l'Abdomen Sans Préparation (ASP)**

L'ASP a un intérêt limité dans le diagnostic de l'abcès du psoas. Il peut montrer en cas d'abcès volumineux des signes d'orientation à type d'effacement de la silhouette du psoas [23]. Il permet également de rechercher des lésions de spondylodiscite ou sacroiliite témoignant de l'origine osseuse de l'abcès [23].

Dans la série de Penado [49], l'ASP a été pratiqué chez 12 patients et a montré un effacement du bord externe du psoas chez 04 d'entre eux, soit 33% des cas. Chez les 08 restants, l'examen s'est avéré sans anomalie.

Diakité [15] au Mali trouvait que cet examen avait été réalisé chez 05 patients sur 11 et avait mis en évidence une spondylodiscite dans 03 cas. Dans les autres cas l'ASP est resté non concluant.

Dans notre série, seulement 03 patients ont bénéficié de cet examen qui a noté un effacement du bord externe du psoas avec une scoliose antalgique dans 01 cas et des lésions osseuses de spondylodiscite dans 02 cas.

### ❖ **Echographie abdominale**

Dans notre série, l'échographie a été réalisée chez tous nos patients. Elle a permis de confirmer le diagnostic en montrant une masse hypoéchogène ou hétérogène dans 17 cas sur 20 et est restée non concluant dans 03 cas. Le rôle de l'échographie dans le diagnostic positif des abcès du psoas est bien démontré dans la littérature [1,13, 31, 62, 68]. Dans notre série, l'échographie a contribué au diagnostic dans 17 cas sur 20. Manass [38] au Maroc trouvait que l'échographie avait contribué au diagnostic dans 14 cas sur 16 (87%). D'autre part, dans la série de Masso-Missé [40] au Cameroun l'échographie avait permis de poser le diagnostic chez tous ses patients (100%). Par contre, Pendano et col. [49] en Espagne trouvaient une proportion plus basse qui était de 11 sur 23 patients (45%).

Ces résultats pourraient s'expliquer par :

- l'échographie est un examen efficace au diagnostic mais dépend largement de l'expérience et de la compétence du radiologiste ;
- de faux négatifs pourraient être observés non seulement pour les abcès dont le volume est inférieur à 14 ml mais aussi en cas de difficultés techniques de l'examen à cause de la superposition des clartés digestives ou de l'obésité des patients.

En dehors du diagnostic positif, l'échographie permet de rechercher une cause locorégionale à l'abcès. En effet, elle a retrouvé une étiologie dans 06 cas d'abcès secondaires (3 cas d'abcès appendiculaires, 01 cas de pyélonéphrite aiguë, 01 cas de tumeur et diverticulose colique et 01 cas de tumeur utérine). Dans la série de Diakité [15], l'échographie avait apporté la preuve d'un foyer primitif dans 02 cas en mettant en évidence un foyer appendiculaire.

#### ❖ Tomodensitométrie (TDM)

La TDM a été réalisée chez seulement 03 de nos patients en vue d'établir le diagnostic positif et de rechercher un éventuel foyer infectieux primitif. Pour 01 d'entre eux, la TDM a été réalisée en deuxième intention après l'ASP. Pour les 02 autres patients, elle a été demandée en troisième intention après l'ASP et l'échographie abdominale qui n'avaient pas été concluants. La TDM a permis d'affirmer dans 03 cas sur 03 le diagnostic positif de l'abcès du psoas en montrant une masse hypodense dans le compartiment du muscle psoas avec prise de contraste en couronne ou de façon annulaire. L'efficacité diagnostique de la TDM dans notre série était de 100%. Nos résultats sont donc semblables à ceux de Penado et col.[49] en Espagne et de Zissin et col.[70] en Israël qui trouvaient que la TDM a permis de poser le diagnostic dans 100% des cas dans leurs séries. Le même constat a été fait par Garcia [20] chez qui la TDM a permis de poser le diagnostic dans 100% des cas contre 50% pour l'échographie. Manass et col. [38] au Maroc trouvaient par contre un taux relativement faible (95%). En effet, la TDM a une spécificité de 95% et une sensibilité de 100% dans le diagnostic des abcès du psoas [31,67]. Par ailleurs, la TDM nous donne également une description beaucoup plus précise des structures proches de l'abcès dont l'atteinte est souvent à l'origine de l'anomalie. Elle permet aussi un drainage scannoguidé. Ainsi, dans notre série, la TDM a permis d'individualiser une image de spondylodiscite dans 01 cas, une image de tumeur colique dans 01

cas et des images d'adénopathies (ADP) rétropéritonéales dans 01 cas qui seraient probablement à l'origine d'abcès secondaires du psoas.

Dans notre série, malgré son efficacité diagnostique, cet examen n'a été réalisé que chez 03 patients. Cela pourrait s'expliquer par le faible niveau socio-économique de nos patients et le coût élevé de la tomodensitométrie qui reste encore économiquement inaccessible pour la plupart de nos patients. Ce qui pourrait justifier le fait que l'échographie soit plus réalisée que le scanner car étant plus accessible que ce dernier.

#### ❖ **Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**

D'après plusieurs auteurs [42, 56, 70], l'IRM a une valeur équivalente, voire supérieure à celle de la TDM dans le diagnostic des abcès du psoas.

Son intérêt réside dans le fait qu'elle permet d'établir le diagnostic positif précocement en montrant un hyposignal en séquence  $T_1$  et un hypersignal en séquence pondérée  $T_2$ . L'IRM est aussi intéressante dans la mesure où elle donne des images de haute résolution permettant de bien différencier un abcès d'un hématome. Cet examen non encore disponible au Burkina Faso n'a été réalisé chez aucun de nos patients.

### **IV.3.3. Aspects étiologiques**

Dans notre série, nous avons pu recenser 12 cas d'abcès primitifs du psoas et 08 secondaires sur un total de 20 patients. Cette prédominance des abcès primitifs du psoas a été retrouvée dans la plupart des séries africaines. Manass et col. [38] au Maroc trouvaient une prédominance d'abcès primitifs dans une série de 16 cas soit 10 cas d'abcès primitif du psoas (62%) contre 06 cas secondaires (38%). Au Cameroun, Masso-Missé [40] lui, avait trouvé que 100% des cas décrits dans une série de 87 cas étaient des abcès primitifs du psoas.

Par contre ils sont différents de ceux des séries européennes et asiatiques. Penado et col. [49] en Espagne et de Zissin et col. [70] en Israël trouvaient respectivement 16 cas d'abcès secondaires du psoas (70%) contre 07 cas primitifs (30%) et 19 cas secondaires (79%) contre 05 cas primitifs (21%).

La prédominance des abcès primitifs du psoas dans notre étude pourrait s'expliquer par le bas niveau socio-économique qui favoriserait les infections. Pour ce qui est des abcès secondaires du psoas, les étiologies rencontrées dans notre série étaient dominées par les causes digestives. Sur 08 foyers primitifs retrouvés, 05 cas étaient d'origine digestive. Nos résultats sont similaires à ceux de Zissin et col. [70] en Israël qui trouvaient une prédominance des étiologies digestives avec 12 cas sur 19 foyers primitifs collectés.

### **Les étiologies digestives**

Parmi les étiologies digestives on notait 01 cas de tumeur colique du colon descendant. Ce même patient présentait une diverticulose colique. Penado et col. [49] en Espagne rapportaient 02 cas de cancer du colon parmi 06 foyers primitifs retrouvés. L'abcès du psoas secondaire à une tumeur colique résulterait de la perforation de la tumeur dans la loge rétropéritonéale atteignant le muscle psoas.

Ce faible taux pourrait s'expliquer par la jeunesse des populations africaines en général et de la population burkinabè en particulier car le cancer du colon étant l'apanage des personnes âgées.

L'étiologie appendiculaire dans notre série a été retrouvée dans 03 cas : chez 01 de ces patients, l'abcès du psoas faisait suite à un plastron appendiculaire traité en ambulatoire par des antibiotiques. Chez 02 patients, il s'agissait d'un abcès appendiculaire. Mounkoro [43] au Mali décrivait également 02 étiologies appendiculaires dans une série de 18 cas.

Par ailleurs, il faut noter que d'autres étiologies digestives telles que la maladie de Crohn a été incriminée dans la série de Zissin et col. [70], dans une proportion de 07 cas parmi 19 cas secondaires d'abcès secondaire du psoas. Le caractère trans pariétal de l'inflammation intestinale au cours de la maladie, et la fréquence des fissures et des fistules jouent un rôle fondamental dans la survenue de ces abcès.

Le Cancer du grêle, l'ulcère solitaire du grêle, la pancréatite aiguë, la rectocolite ulcéro-hémorragique sont aussi d'autres étiologies possibles de l'abcès du psoas. Mais aucune de ces pathologies n'a été retrouvée dans notre série.

- **Les étiologies urogénitales**

Parmi les étiologies rénales possibles, seule la pyélonéphrite aiguë a été retrouvée dans 01 cas de notre série. Son diagnostic était basé sur l'ECBU et l'Echographie. Chez 01 patient, nous avons noté une tumeur de l'utérus. Ces étiologies ont également été mentionnées dans la littérature. Ainsi, Penado et col. [49] en Espagne, trouvaient 03 cas d'abcès du psoas associés à une pyélonéphrite.

Les autres étiologies telles que les phlegmons périnéphrétiques, les pyonéphroses, les cancers de vessie n'ont pas été retrouvées dans notre série [69].

- **Les étiologies ostéo-articulaires**

Dans notre série, 01 cas de spondylodiscite infectieuse a été noté. Il s'agissait d'une spondylodiscite tuberculeuse (mal de Pott) développée sur un terrain VIH. Le diagnostic de ce dernier était suspecté par les antécédents tuberculeux du patient et affirmé par les données de la TDM. Le diagnostic a été confirmé par l'examen cyto bactériologique du pus retiré. Selon Youness [68], le

mal de pott est l'étiologie classique des abcès tuberculeux du psoas dans les pays en développement. L'atteinte du muscle psoas se fait par progression des coulées purulentes paravertébrales résultant de la décompression spontanée des abcès [47]. Cette étiologie a été mentionnée par Manass [38] au Maroc qui trouvait respectivement 02 cas de spondylodiscites tuberculeux sur 6 étiologies retrouvées. Belgith [6] en Tunisie et El Assani [18] au Maroc trouvaient respectivement 02 cas de spondylodiscites brucelliennes sur une série de 02 cas et 01 cas de spondylodiscite brucellienne sur une série de 2 cas.

- **Les étiologies ganglionnaires rétropéritonéales**

L'atteinte du muscle psoas peut se faire à partir d'une infection des ganglions retro péritonéaux. C'est le cas dans notre série où 01 cas d'abcès du psoas secondaire à une tuberculose ganglionnaire rétropéritonéale a été noté. Manass [38] notait également 02 cas de tuberculose ganglionnaire rétropéritonéale.

Les abcès du psoas tuberculeux surviennent le plus souvent chez des sujets atteints de VIH ou de néoplasie.

#### **IV.3.4. Les germes**

Dans notre série, les germes les plus fréquemment rencontrés étaient le staphylocoque dans 13 cas.

Dans la plupart des séries de la littérature, l'agent infectieux le plus fréquemment incriminé dans les abcès du psoas est le staphylocoque [13, 31, 32, 38, 49]. En effet, Manass et col. [38] au Maroc, ont isolé le Staphylocoque auréus chez 07 de leurs patients (44%). Au Togo, Attipou et col.[3] trouvaient principalement le même germe chez 05 de leurs patients (60%). Aussi les séries européennes publiées incriminent principalement ce même germe. Audia [4] en France et Zissin [70] en Izraël avaient isolé le Staphylococcus aureus



respectivement dans 16 cas (66%) et 02 cas (48%). Selon Condé [13] en Guinée, le staphylocoque est responsable de 88,4% des abcès du psoas dans le monde.

Le *Mycobacterium tuberculosis* a été isolé chez 02 patients sur 20. Ce germe a été rapporté par Diakité [15] au Mali dans 02 cas sur 11.

La prévalence toujours élevée de la tuberculose dans notre contexte explique en partie la présence de cette bactérie parmi les germes isolés dans notre série.

Les germes provenant de la flore intestinale ou urinaire (*Salmonella*, *Entérobacter*, *Colibacille*, *Acinetobacter baumannii*) prédominent surtout dans les abcès secondaires de cause intestinale ou rénale (appendicite, cancer du colon, diverticulose colique, pyélonéphrite), tandis que le *Staphylocoque* prédominait dans les abcès primitifs.

D'autres auteurs ont rapporté des germes rares, responsables surtout d'abcès secondaires : *Hémophilus parainfluenzae*, *Candida albicans*, *Trichinella spiralis*, *Fusobactérium nucléatum*, *Brucella* et même un cas d'abcès amibiens du psoas. Ces germes n'ont pas été retrouvés dans notre série.

#### **IV.4. Aspects thérapeutiques**

##### **IV.4.1. Le drainage de l'abcès**

###### **❖ Types de drainages**

Le drainage chirurgical fut exclusivement le type d'intervention réalisée dans notre série. Il a été réalisé chez tous nos patients. Le même type de drainage a été pratiqué dans les séries de Diakité [15] au Mali, Masso-Misse [40] au Cameroun, Echarrab [16] au Maroc, Marrakchi [39] en Tunisie et Rantamalala [55] à Madagascar chez 100% de leurs patients. Quant à Manass [39] au Maroc il trouvait que chez 15 patients sur 16 (soit 94%) le drainage était chirurgical.

Le drainage chirurgical est le type d'intervention le plus réalisé dans les pays en développement.

Par contre, le drainage percutané est surtout l'apanage des pays développés. Le drainage percutané de première intention est actuellement admis par la plupart des équipes [13, 68, 70,] en raison de sa simplicité, sa rapidité, sa faible morbidité et mortalité assurant un geste thérapeutique sûr et efficace. Il est surtout indiqué en première intention dans les abcès primaires.

L'option du drainage percutané se fait surtout pour les abcès volumineux. Dans la série de Turunk [63], 13 cas sur 15 (soit 87%) avaient bénéficié d'un drainage percutané.

Dans notre série, aucun de nos patients n'a bénéficié de cette technique. Cela pourrait s'expliquer par les raisons suivantes :

- la radiologie interventionnelle n'est pas encore développée au Burkina Faso.
- le coût élevé des examens tomodensitométriques et échographiques qui reste toujours inaccessible pour la plupart des patients.

#### ❖ **Les voies d'abord.**

Les voies d'abord chirurgicales couramment rencontrées dans la littérature sont la voie lombaire sous costale extrapéritonéale, la voie iliaque antérolatérale extrapéritonéale, et la voie médiane. Ces voies d'abord ont été le plus souvent indiquées en fonction des données cliniques et échographiques.

La voie d'abord habituelle est la lombotomie sous costale extrapéritonéale. Cette même voie d'abord a été prioritairement et presque exclusivement utilisée dans la série de Manass [38] pour 15 patients sur 16 soit 94%. Dans celle de Masso-Misse[40], la voie d'abord iliaque

antérolatérale extrapéritonéale a été utilisée dans 98,8% des cas contre 1,2% pour la voie médiane.

Le drainage chirurgical est réalisé surtout en cas d'abcès secondaire à une étiologie digestive ou rénale, en cas d'abcès compliqués, d'échecs du traitement percutané et dans les cas d'abcès multiples ou volumineux [70].

Dans notre série, la voie d'abord était lombaire extrapéritonéale dans 12 cas, tandis qu'elle était iliaque antérolatérale extrapéritonéale dans 06 cas et médiane dans 02 autres cas.

Le choix de la voie d'abord lombaire extrapéritonéale dans notre série, s'expliquerait par le fait que la majorité des abcès diagnostiqués étaient primaires.

#### **IV.4.2. Traitement Médical**

##### **IV.4.2.1. Antibiothérapie**

Dans notre série, la totalité de nos patients a bénéficié d'une antibiothérapie qui fut ensuite réajustée en fonction des résultats bactériologiques. Le traitement antibiotique seul n'est pas suffisant. Plusieurs tentatives de ce choix thérapeutique se sont soldées par un échec [66]. Kraiema [30] défend par contre l'antibiothérapie seule sans drainage mais dans des cas très sélectionnés : abcès primaires non étendus aux structures voisines et de diamètre inférieur à 1,5 cm. Dans notre étude, aucune attitude de ce genre n'a été adoptée et tous nos patients ont bénéficié d'un drainage complété par une antibiothérapie.

##### **IV.4.2.2. Prévention des complications thromboemboliques.**

Un traitement anticoagulant à visée prophylactique doit être entrepris de façon systématique. Dans notre série, aucun patient n'a bénéficié d'un traitement anticoagulant à visée iso-coagulante.

## **IV.5. Aspects évolutifs**

### **IV.5.1. Complications post-opératoires**

Dans notre série, les suites opératoires étaient simples dans 13 cas sur 20. Nos résultats se rapprochent de ceux de Mounkoro [43] au Mali qui trouvait des suites opératoires simples chez 14 cas sur 18 (soit 78,80%). La morbidité était représentée par un choc hypovolémique dans 01 cas, des suppurations de paroi dans 02 cas et une hyperthermie dans 04 cas.

Mounkoro [43] rapportait également une morbidité représentée par 02 cas d'éviscération et 02 cas de récurrences. Dans la série ivoirienne de Koffi [29], 01 cas de sepsis pariétal, 01 cas de reconstitution de l'abcès et 01 cas d'abcès intrapéritonéal post opératoire étaient retrouvés. Dans celle de Condé [13] la morbidité était représentée par le sepsis dans 01 cas et l'embolie pulmonaire provoquée par la thrombose veineuse profonde dans 01 cas. En France, Audia et col.[4] rapportaient 01 cas de décès sur 06 cas. Ce décès était lié à la décompensation des pathologies associées.

La morbidité dans notre série tout comme dans la plupart des séries africaines revues serait liée aux complications post-opératoires. Par contre dans les pays développés, elle serait liée à la décompensation des pathologies associées [4].

### **IV.5.2. Durée du séjour hospitalier**

Dans notre série, le séjour moyen d'hospitalisation était de 11,65 jours avec des extrêmes de 6 et 33 jours. Nos résultats sont superposables à ceux de Mounkoro [43] au Mali qui trouvait un séjour moyen de 12,4 jours. Par ailleurs ils sont différents de ceux de son compatriote Diakité [15] qui trouvait un séjour moyen inférieur au nôtre soit 8,3 jours.

Dans les séries européennes les séjours hospitaliers sont plus longs. Audia et col. [4] en France trouvaient un séjour moyen d'hospitalisation de 67 jours avec des extrêmes de 02 et 270 jours, l'hospitalisation la plus longue étant liée aux facteurs de co-morbidités importantes.

Cette différence de la durée du séjour d'hospitalisation pourrait s'expliquer dans notre série par la prédominance des abcès primaires. Ce qui justifie que la durée moyenne d'hospitalisation soit moins longue que celle des séries européenne ou les abcès secondaires sont prédominants. En effet, dans les abcès secondaires les facteurs de morbidités liés à l'abcès du psoas et ceux liés aux foyers primitifs s'associent pour allonger la durée d'hospitalisation.

#### **IV.5.3.Mortalité**

Dans notre série, un (01) patient est décédé à 24heures des suites opératoires dans un tableau de choc hypovolémique.

Moukoro [43] rapportait également 01 cas de décès à J<sub>2</sub> post reprise pour une éviscération. Dans celle de Condé [13], 02 cas de décès sur un total de 05 patients avaient été rapportés.

Le pronostic de l'abcès du psoas est généralement bon avec une faible mortalité qui dépend des complications postopératoires.

# **CONCLUSION**

## CONCLUSION

L'abcès du psoas est une pathologie rare. La symptomatologie initiale d'emprunt lui confère un diagnostic difficile et surtout tardif. Cependant, la triade clinique : fièvre, douleur iliaque et/ou lombaire, masse abdominale rénitente est d'une grande valeur sémiologique. Le psoïtis quoique spécifique à l'atteinte du muscle psoas est très souvent inconstant.

Dans la majorité des cas, l'échographie permet d'affirmer le diagnostic. La tomodensitométrie est l'examen le plus sensible pour le diagnostic. La recherche d'un éventuel foyer primitif reste importante et permettra de déterminer le choix thérapeutique. Les abcès du psoas sont le plus souvent primaires que secondaires dans notre contexte. Le drainage chirurgical, associé à une antibiothérapie à large spectre contenant un anti staphylococcique est l'option thérapeutique la plus pratiquée au Burkina Faso. Le staphylocoque est le germe le plus fréquemment incriminé. L'étiologie tuberculeuse doit toujours être recherchée dans notre contexte.

Le pronostic de l'abcès du psoas est généralement bon avec des suites opératoires le plus souvent simples. La mortalité est le plus souvent due aux tares pathologiques mais aussi à l'existence d'un éventuel foyer infectieux primitif.

# **SUGGESTIONS**



## SUGGESTIONS

A l'issue de notre étude sur les abcès du psoas, nous nous proposons de formuler des recommandations, dont la mise en œuvre pourrait contribuer à la prévention des facteurs favorisant la survenue d'abcès du psoas et d'améliorer sa prise en charge.

### **Au Ministre de la santé :**

- La mise à disposition d'un appareil échographique pour les urgences chirurgicales des centres hospitaliers;
- Elaboration d'un programme d'information d'éducation et de communication à l'intention des populations sur le risque des complications en cas de consultation tardive ;
- Instaurer un système de partage des coûts en vue de rendre l'échographie et la TDM plus accessible aux patients.
- Promouvoir la radiologie interventionnelle dans les CHU et les CHR.

### **Au Directeur du CHU-YO :**

- Doter les services du CHU-YO d'un système d'archivage informatique des dossiers des patients.

### **Aux personnels de santé :**

- Pratiquer un examen clinique rigoureux à la recherche d'un psoïtis devant toute masse rénitente douloureuse et fébrile de la région lombaire et/ou iliaque afin de mieux poser les hypothèses diagnostiques ;
- Réaliser une échographie ou une TDM avec exploration des muscles psoas devant toute masse rénitente douloureuse ;

### **Aux étudiants :**

- Faire régulièrement la mise à jour des dossiers des patients ;

- Entretenir les dossiers des malades.

### **A la population**

Consulter précocement dans les structures sanitaires les plus proches non seulement devant toute tuméfaction douloureuse et fébrile de la fosse iliaque, du flanc, ou de lombes mais aussi devant tout symptôme.

# **REFERENCES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Agrawal S N, Dwivedi A J, Khen M.** Primary psoas abscess. *Dig Dis Sci* 2002; 47(9): 2103-5.
2. **Alonso M, Reyes G, Glera M.** Abcès primaire du psoas. deux nouvelles observations. *J Chir.* 1990, 127 : 537-8.
3. **Attipou K, Anoukoum T, Songne B, Nack-Nack M, Assiobo A, N'dakena K, James K.** Eighth cases of psoas abscess at the university hospital center of lome-tokoin, retrospective study. *Tunis Med* 1998; 76 (1) 1017-9.
4. **Audia S, Maetha B, Grappin M, Duong M, Buisson M, Couaillier Jf, Lorcerie B, Chavanel P, Portier H, Piroth L.** Les abcès pyogènes secondaires du psoas: à propos de 06 cas et revue de la littérature. *Rev. Med interne* 2006 ; 27 : 828-35.
5. **Baskent H, Ghorbel H, Abid F, Ben Arab N, Maâloul I, Hammami A, Ben Jemâa M.** [Psoas abscess of the adult: study of 38 cases]. *Tunis Med*; 2007; 85(8):631-6.
6. **Belgith M, Ben brahim M, Boudhina N, Jouini R, Boudhina N, Mekki M, Nouri A.** Abcès du psoas chez l'enfant. A propos de 18 observations. *Prog Urol* 2003 ; 13 : 1372-1375
7. **Bencheroun A, Nouini Y, Kasmaouri E, Jira H, Qarro A, Fraik M.** Les abcès du psoas : à propos de 12 cas *Ann Urol (Paris)* 2002 ; 36 :310-3.
8. **Benmiled K, Hendaoui L, Benthabet I, M' Rad S, Belkhoudja C, Benchaabane T, Horchani A.** Traitement percutané des abcès primitifs du psoas. *Tunis Méd* 1992 ; 70 (12) : 567-570
9. **Bresse J S, And Edwards M S.** Psoas abscess in children. *Ped Infect Dis* 2007; 9: 201-206.

10. **Cantasdermir M, Kara B, Cebi D, Selcuk N D, Numan F.** Computed Tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary ilio-psoas abscess. Clin Radiol 2003; 58:811-15.
11. **Chakroun M, Ladeb M F, Bouzouaia N, Gahbiche M, M'hiri C, Saad H, Tabka B H.** Les abcès du psoas à pyogène. Sem Hôp paris 1995; 71 : 325-9
12. **Chern C H, Hu S C, Kao W F, Isaï J, Yew D, Lee C H.** Psoas abscess making on early diagnosis bin the ED. Am J Emerg med 2009; 15:83-8
13. **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 (3): 418-23.
14. **Cussenot O, Gasman D, Leduc A.** Techniques chirurgicales: voies d'abord du rein. Encycl Med Chir, Editions techniques 1994.
15. **Diakité I.** Abcès du psoas au CHU Gabriel Touré, Bamako (Mali) : à propos de 11 cas [Mémoire]. Bamako, Université de Bamako, 2006 ; (M 34).
16. **Echarrab M, Medarhri J, El Ounani M, Louchi A, Amraoui M, Errougani A.** Les abcès du psoas à propos de 21 cas. Med du Maghreb 2000 ; 79 : 32-4.
17. **El Anya A.** Les abcès pyogène primitifs du psoas (à propos de 5 cas). Thèse Med Casablanca 1998.
18. **El Hassani S, Echarrab E.M, Bensabbar.** Primary psoas abscess. Rev Rhumatol Engl Ed 1998; 65; 555-9.
19. **Finnerty R V, Vordermark J S, Modarelli R O, Buck A S.** Primary psoas abscess, case report and reviw of literature. J Urol ; 2006; 12, 108-109.
20. **Garcia J, Sinniger M.** Rôle de la TDM dans les infections des tissus mous. J Radiol 1986; 417-23.

21. **García M P, Laguna P, Lopez G, Castañeda P, Navarro M.** Abscès pyogènes et tuberculeux du psoas musculaire. *Rev Clin Esp* 2011; 211 (11) :572-8.
22. **Garcia V E, Gutierrez G J, Diaz C M.** Abscessos del psoas. presentación de ocho casos y revision de la literatura. *Rev clin Esp* 2005, 195 : 289-93
23. **Gonzalez T, Diez A.** Psoas abscess case report and review of the littérature. *J Urol* 1996; 156: 480
24. **Gordin F, Stamlerc, Mills J.** Pyogenic psoas abscesses: noninvasive diagnostic technique and review of the literature. *Rev infect Dis* 2003; 5(6): 1003-11.
25. **Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O.** Psoas abscess: case report and review of the literatue. *J Urol.* 1992; 147(6): 1624-1626.
26. **Guermoune H.** Abscès du psoas: Apport de l'échographie dans le diagnostic et le traitement. Thèse Med Casablanca 1994 ; 135p
27. **Hardcastle J D.** Acute non tuberculous psoas abscess. Report of 10 cases and review of the literature. *Br J Surg.* 2000; 57: 103-6
28. **Houvette P, Simon F, Aubron C, N'Dir M C, Camara P, Barberet G.** Empyème sous-cutané iliaque symptomatique d'un mal de pott lombaire. *Presse Méd.* 2001; 30 (11) : 565.
29. **Koffi E, Le beau R, Bamourou D, Yenon S, Ayegnon G, Kouassi JC.** Les abcès du psoas. A propos de 18 cas. *Congres SAFCHID* du 20-22 oct 2005; Lome. pages 89-90.
30. **Kraiem C, Gharbhi H, Jemni.** Abscès à pyogène du psoas. *J Radiol.* 2004; 71 : 93-6
31. **Lee Y T, Lee C M, Su S C, Liu C P, Wang T E.** Psoas abcess : A 10 year review. *J Microbiol Immuno Infect* 1999; 32, 1: 40-6.

- 32. Lossef S.** Les abcès du psoas. A propos de 7 cas vus en deux ans à l'hôpital de Perpignan. Thèse Med Montpellier (France) 2006.
- 33. Loussaief C, Toumi A, Chakroun M, Ben Brahim H, Ben Rondhane F, Bouzouaïa N.** Les abcès du psoas à pyogènes. Tunis Med 2006 ; 84 :103-5
- 34. Lowe B A, Smith A Y.** Primary psoas abscess. J. Urol 1987; 137 485-6
- 35. Lucien L.** Sémiologie chirurgicale 6<sup>e</sup> édition. Par philippe Boutelier. Edition Masson, Paris, 1999
- 36. Mac G D, Valentine R J, Johnoson J A.** Strategies in the management of pyogenic psoas abscesses. Am surg 2001; 707-15
- 37. Mallick I H, Thoufeeq M H, Rajenran T P.** Iliopsoas abscesses postgrad Med J 2004; 80 (946): 459-62.
- 38. Manass M.** L'abcès du psoas: à propos de 16 cas. Thèse Med Cassablanca 2004.
- 39. Marrakchi C, Kilani B, Kanoun F, Abdelmalek R, Tiouiri H, Goubontini A, Zouiten F, Ezzaouia K H, Kooli M, Khalfaoui M, Kooli M, Ben Chaabane T.** Les abcès mélitococciques du psoas : étude de 3 cas et revue de la littérature. Med Trop. 2006 ; 66 : 261-5.
- 40. Masso-Missé P, Yao G S, Essomba M A, Abolo-m'benti M, Tietche, Bob'oyono, Malonga E.** Les abcès primaires du psoas. Affection courante en milieu tropical J Chir. (Paris), 1994 ; 131, n°4 ; p. 201-04.
- 41. Matter D, Gangi A.** Ponctions thérapeutiques percutanées. Editions techniques. Encycl Med Chir (Paris France), Radio-diagnostic IV 1991 ; 33680A<sup>10</sup> : 10p.

42. **Miguel J, Miguelz J I, Mayo J, Collazos J, Martinez E, Marcos A.** Absceso de psoas consideraciones diagnosticas y terapeuticas en cinco pacientes. Rev clin Esp. 1993; 192-6.
43. **Moukoro M.** Etude de l'abcès du psoas dans le service de chirurgie A.Thèse méd, Bamako 2007.
44. **Muckley T, Schutz T, Kirschner M, Potulski M, Hofman G, Buhren V.** Psoas abscess: the spine as a primary source of infection spine 2003; 28(6): E108-E113.
45. **Muller P R, Ferucci J T, Wittenbeng J, Süueone J F, Butch R F.** Ilio-psoas abscess traitement by CT-guided percutaneous catheter drainage. Am J. 2004; 142:359-62.
46. **Navarro V, Messegher V, Fernandez A, Medrano F, Saez JA, Puras A.** Psoas muscle abscess. Description of a series of 19 cases. En fern infecc microbiol clin. 1998; 16:118-22.
47. **Negus S, Sidhu P.** MRI of retroperitoneal collection: a comparison with CT. Br J Radiol. 2000; 73 (872): 907-12.
48. **Oliffa M, Chuang V P.** Retroperitoneal iliac fossa pyogenic abscess. Radiology, 1998; 126; 647-652.
49. **Penado S, Espina B, Francisco Campo J.** Abscess of the psoas muscle. Description of series of 23 cases. En fern infecc Microbiol Clin. 2001; 19 (6): 257-60.
50. **Pierre Kamina.** Anatomie clinique. Myologie des membres Tom 1. Paris : 3<sup>e</sup> édition Maloine ; 2007.
51. **Prasso Poulos P K, Giannahopoulou C A, Apostolaski E G, Charoulakis N Z, Courtsoyiannis N C.** Primary ilio-psoas abscess extending to the thigh in a neonate US. CT and MR findings. Pediatr Radiol; 1998; 28: 605-607.

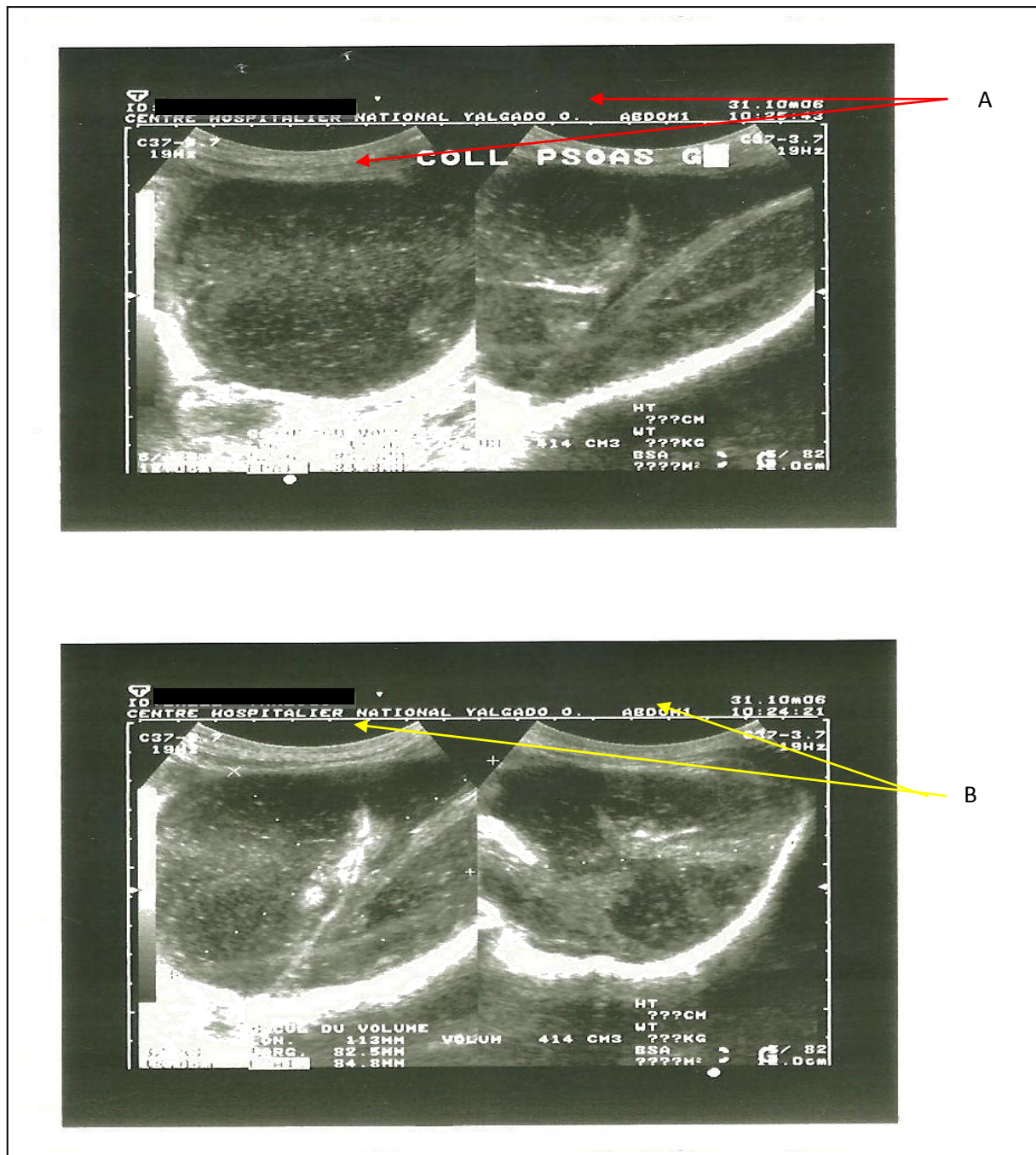


- 52. Prier A, Augereau B, Brugel D, Koeger A C, Camus J P.** L'abcès du psoas non tuberculeux. Un cas d'abcès du psoas à Staphylocoque en apparence primitif. Sem. Hôp. Paris 2003 ; 59 : 1249-51
- 53. Procaccino J A, Lavery I C, Frazio V W, Oakley J R.** Psoas abscess: difficulties encountered. Dis Colon Rectum 2001; 34 (9): 784-9
- 54. Rabü R, El Moussaoui A, Rais H, Debbagh A, El Muni M, Benjelloun S.** Les abcès primitifs à pyogène du psoas: à propos de 5 cas. Ann Urol (Paris) 1997 ; 31 : 361-5
- 55. Rantamala H Y H, Rakotoarioa A J C, Rakotoarioa B, Andriamanarivo M L, Rakototiana A, Kapisy J F.** Les volumineux abcès primitifs du psoas chez l'enfant : à propos de 03 cas. Arch péd. 12 (2005) 102-04.
- 56. Raymond A C, Cutress M L, Sathesh-kumar T, Parry J R W.** Problem in diagnostic imaging. Clin; Anat. (2010); 00: 001-003.
- 57. Ricci M A, Rose F B, Meyer K K.** Pyogenic psoas abscess : Worldwide variation in étiology. World J Surg 2006 ; 20(5) : 834-43
- 58. ROUVIERE H, Delamas A.** Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Masson, 12<sup>ème</sup> édition, tome 2 : Tronc 1985 : 87-89.
- 59. Sakhri J, Kehila M, Youssef S, Mselmi A, Abderrahim T.** Difficultes diagnostiques d'une masse retroperitoneale. Ann Urol. 2000; 34 :103-5
- 60. Salvator A, Davilovsky N.** Iliopsoas abscess. Medicina B Aires 2006; 56 (2): 126-32.
- 61. Santaella R O, Fishman E K, Lipseh P A.** Primary VS secondary iliopsoas abscess presentation, microbiologie and traitement. Arch surg. 2005; 130: 1309-13

- 62. Smida M, Ammar C, Cherif S, Jalel C, Stambouli K, Nessib M N, Ben Hamida H, Benghachem.** Les abcès primitifs du psoas chez l'enfant. *Tunis Méd.* 1998; 76 (2) : 1052-1055.
- 63. Turunç T, Demiroğlu Y Z, Colakoglu S.** Etude rétrospective de 15 cas d'abcès du psoas. *Rev Med Interne.* 2009; 43 (1) :121-5.
- 64. Van Sonnenberg E.** Wing WW, Casola G. Temporizing effect of percutaneous drainage of complicated abscess in critically ill patients. *AJR* 2004; 142: 821-326
- 65. Walsh T R, Reilly J R, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Steed L.** Changing etiology of iliopsoas abscess. *Am J Surg* 1999; 38 (3) : 202-3
- 66. Wrong J G.** Abscess of the psoas muscle. *N.C Med J* 1993; 54(11): 598-600.
- 67. Yamamoto T, Hamakoshi M, Suzuki K, Yamamoto T, Shinagawa W, Ariga K.** A case of psoas . *Clin Radiol* 1996; 70:371-6.
- 68. 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.
- 69. Zargooshi J.** Psoas abscess as the intial presentation of bladder cancer. *Scand J Urol Nephrol.* 2002; 36(2) : 154-155
- 70. Zissin R, Gayer G, Kots E, Werner M, Shapiro-feinberg M, Hertz M.** Iliopsoas abscess: A report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdominal Imaging* 2001; 26 (5): 533-5

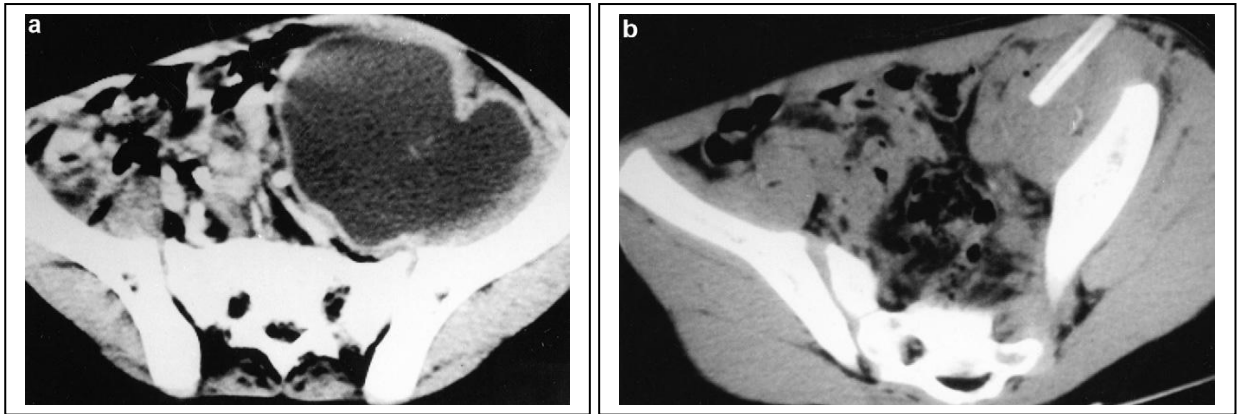
# **ANNEXES**

**Annexe I** : Iconographie



A : Les aspects échographiques de l'abcès du psoas.

B : Échographie : aspect cloisonné de l'abcès du psoas



Coupes axiales TDM qui montrent (a) un abcès du psoas iliaque gauche  
(b) un drain en place avec évacuation complète de la collection.

**ANNEXE N°II : FICHE DE COLLECTE**

**Fiche de collecte des données. N°.....**

**I. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES**

❖ **Identification du patient :**

Nom..... Prénom.....

Age..... Sexe... M/\_\_\_/ , F /\_\_\_/ ; profession.....

Adresse : tél.....province.....ville.....

❖ **Motifs de consultation/référence**

Date..... Heure.....

Référence /\_\_\_/ ( Structure ) : CHR/\_\_\_/ , CMA/\_\_\_/ , Clinique/\_\_\_/ , CSPS/\_\_\_/

Venu de lui même/\_\_\_/

moyen d'évacuation : bns /\_\_\_/ ambulance /\_\_\_/ privé/\_\_\_/

Transféré /\_\_\_/ : service.....

Délai de consultation :.....

**Motif de consultation :**

- La Douleur oui/\_\_\_/ non/\_\_\_/

- lombaire : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ : localisation gauche /\_\_\_/ droite /\_\_\_/ ,

- Flanc : oui/\_\_\_/ non/\_\_\_/ : localisation gauche/\_\_\_/ droite/\_\_\_/

-Fosse iliaque :oui/\_\_\_/non/\_\_\_/ : localisation gauche/\_\_\_/ droite/\_\_\_/

- Tuméfaction oui/\_\_\_/ non/\_\_\_/

- lombaire : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ , localisation gauche/\_\_\_/ droite/\_\_\_/

- Fosse iliaque oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ localisation gauche/\_\_\_/ droite/\_\_\_/

- Flanc oui /\_/ non /\_/ localisation gauche/\_\_/droite/\_\_/

- Impotence fonctionnelle oui /\_/ non /\_/, localisation gauche/\_\_/ droite/\_\_/
- Fièvre : oui /\_/ non /\_/
- Autres /\_/.....

❖ **Antécédents du patient :**

**Médicaux:** VIH oui /\_/ non /\_/, Diabète oui /\_/ non /\_/, IR oui /\_/ non /\_/, Spondylodiscite oui /\_/ non /\_/, TB oui /\_/ non /\_/, HTA oui /\_/ non /\_/

Tumeur digestive oui /\_/ non /\_/.....

Diverticulose colique oui/\_\_/non/\_\_/ Maladie de chron  
oui/\_\_/non/\_\_/Tuberculose ganglionnaire /\_/ Male de pote /\_/

**Chirurgicaux :** apendicite oui /\_/ non /\_/.....

**Gynécologie et obstétriques**.....

**Traitement antérieur :**

Corticothérapie oui /\_/non /\_/

**II. ASPECTS CLINIQUES ET PARACLIQUES:**

❖ **Signes généraux :**

**Etat général :** bon/\_\_/ mauvais/\_\_, **Anémie clinique:** oui /\_/ non /\_/  
modérée /\_/ sévère /\_/

**Fièvre** oui /\_/ non /\_/ **Température**.....

❖ **Signes physiques :**

**Psoïtis** oui /\_/ non /\_/ localisation droite/\_\_/gauche/\_\_/

**défense localisée de la paroi abdominale** oui/\_\_/ non /\_/

**Tuméfaction** oui/\_\_/ non/\_\_\_/: **Fosse iliaque** Droite/\_\_/Gauche /\_/,  
**Lombaire** Droit /\_\_/ Gauche /\_, **Flanc** Droit /\_/ gauche /\_/

**Douleur à la palpation** oui/\_\_\_/ non/\_\_\_/ :**fosse iliaque droit**  
/\_\_\_/gauche/\_\_\_/, **lombaire droit**/\_\_\_/ gauche/\_\_\_/ **flanc droit**/\_\_\_/ gauche/\_\_\_/

❖ **Bilan biologique :**

- **NFS:** oui/\_\_\_/ non/\_\_\_/
  - **Taux d'hémoglobine :** normal /\_\_\_/.anémie /\_\_\_/normocytaire/\_\_\_/  
microcytaire/\_\_\_/ normochrôme /\_\_\_/ hypochrome /\_\_\_/
  - leucocytes (mm3) :** normaux/\_\_\_/ hyper leucocytose/\_\_\_/.....
- **VS (mm en H1)** normale/\_\_\_/ accélérée/\_\_\_/.....
- **CRP** normale /\_\_\_/ élevée/\_\_\_/.....
- **Cérat :** normal/\_\_\_/ hypercréatininémie /\_\_\_/.....
- **Urée :** normale /\_\_\_/ élevée /\_\_\_/ **Glycémie :** normale/\_\_\_/  
hyperglycémie.....
- **SRV** positive /\_\_\_/ négative /\_\_\_/, **Hémoculture** positive/\_\_\_/ négative /\_\_\_/

❖ **Imagerie :**

- **ASP :** oui/\_\_\_/ non/\_\_\_/  
Scoliose antalgique /\_\_\_/ effacement du bord du psoas /\_\_\_/ spondylo-  
discite /\_\_\_/ Sacro-iléite /\_\_\_/
- **Échographie :** oui/\_\_\_/ non /\_\_\_/:  
Masse hypo-échogène /\_\_\_/, psoas droit/\_\_\_/ psoas gauche/\_\_\_/ bilatérale/\_\_\_/  
Nombre d'abcès : 01/\_\_\_/02/\_\_\_/ multiple(plus de 03) /\_\_\_/  
Dimension.....  
Autres organes.....
- **Scanner :** oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/



Masse hypo-dense prenant le contraste en périphérie/\_\_/ /  
Volume.....

Autres Pathologies associées.....

### III. ASPECTS ETIOLOGIQUES.

- **Abcès : primitif/\_\_/ / secondaire/\_\_/ /**
- **Foyer primitif :** appendicite /\_\_/ /, maladie de crhon/\_\_/ /, cancer colique/\_\_/ / ,diverticulose colique/\_\_/ /, spondylodiscite /\_\_/ / Pyélonéphrite/\_\_/ /
- **Terrain( Facteurs étiologique) :** immunodépression oui /\_\_/ / non/\_\_/ /  
VIH/\_\_/ / diabète /\_\_/ / corticothérapie /\_\_/ / cancer /\_\_/ /  
Autre.....
- **Culture du pus :** oui /\_\_/ / non /\_\_/ / **Hémoculture :** oui/\_\_/ / non /\_\_/ /  
**Germe :**.....  
**Antibiogramme**.....

### IV. Diagnostic final :.....

### V. Aspects thérapeutiques :

- ❖ **Traitement médical :** oui/\_\_/ /non/\_\_/ / drogues utilisées.....  
.....
- **Ponction écho guidée:** oui /\_\_/ / non /\_\_/ /
- ❖ **Traitement chirurgical :** oui/\_\_/ /non/\_\_/ /.....
- ❖ **drainage per cutané :** oui/\_\_/ /,non/\_\_/ /.  
Durée du drainage.....Jours

- **Laparotomie** + **Drainage** : oui/\_\_\_/  
non/\_\_\_/.....  
.....  
.....

**Le pus :**

**Aspect macroscopique :**

- Qté.....ml

-Coloration : jaunâtre /\_\_\_/ blanchâtre/\_\_\_/ chocolat/\_\_\_/

-Odeur : inodore /\_\_\_/ malodorant /\_\_\_/

**Aspect microscopique :**

-bactériologie gram : positif /\_\_\_/ négatif /\_\_\_/

**Soins post opératoires :**

**Drogues**

utilisées :.....

## **V. ASPECTS EVOLUTIFS**

❖ **Complications sous traitement** :oui/\_\_\_/ non/\_\_\_/

Sepsis /\_\_\_/ péritonite/\_\_\_/ récurrence de l'abcès/\_\_\_/  
autre.....

**Amélioration clinique** : oui/\_\_\_/ non /\_\_\_/

- Apyrexie /\_\_\_/
- Sédation douleur /\_\_\_/

**Durée d'hospitalisation (en jours)** :.....

**Décès** : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

---

# **RESUME / ABSTRACT**

---

## RESUME

**Titre:** l'abcès du psoas: Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques à propos de 20 cas.

**Objectif:** étudier les abcès du psoas au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) et à la Polyclinique Notre Dame de la Paix (PNDP).

**Méthode et patients** : Il s'est agi d'une étude rétrospective qui a colligé 20 cas d'abcès du psoas sur 10 ans (Janvier 2001 à Décembre 2010), dans le service de Chirurgie Générale et Digestive du CHU-YO et dans la PNDP de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Tous les patients de notre série présentaient un abcès du psoas diagnostiqué par l'échographie et/ou la TDM ou en préopératoire. Les dossiers cliniques des patients, les registres de consultation et de compte rendu opératoire ont été nos sources de données.

**Résultats** : durant la période d'étude, 20 cas d'abcès du psoas ont été colligés. L'incidence annuelle était de 2 cas. Les deux sexes sont été retrouvés dans les proportions de 12 hommes pour 8 femmes. L'âge moyen de survenu des abcès était de 42,65 avec des extrêmes de 15 et 90 ans. Les cultivateurs et les travailleurs du secteur informel étaient les plus représentés. La zone urbaine a été la plus concernée. Le motif de consultation était: douleur iliaque et/ou lombaire (20 cas), fièvre (19 cas). L'examen physique avait noté une impotence fonctionnelle relative dans 7 cas, une fistulisation à la peau dans 01 cas, une masse abdominale iliaque ou lombaire dans 13 cas et un psoïtis dans 7 cas. La localisation droite était la plus fréquente avec 12 cas. Une hyperleucocytose a été retrouvée (17 cas) et une anémie microcytaire hypochrome (11 cas). La VS était constamment accélérée. L'échographie avait suspecté le diagnostic dans 17 cas et la TDM dans 2 cas. Dans 1 cas le diagnostic a été fait en peropératoire. L'abcès était primitif dans 12 cas et secondaire dans 8 cas. Les étiologies étaient : abcès appendiculaires (3 cas), spondylodiscite tuberculeuse (1 cas), tuberculose ganglionnaire (1 cas), cancer utérin (1 cas), pyélonéphrite (1 cas), tumeur colique associée à une diverticulose colique (1 cas). Tous nos patients ont bénéficié d'un drainage chirurgical complété par une antibiothérapie. Le staphylocoque aureus était le germe le plus incriminé dans 10 cas. L'évolution était favorable dans 19 cas.

**Conclusion:** L'abcès du psoas est une pathologie rare. Son diagnostic clinique difficile. L'échographie, la TDM et l'IRM sont incontournables pour le diagnostic. Le drainage doit être associé à une antibiothérapie à large spectre.

**Mots clés:** abcès psoas - échographie – chirurgie.

**Auteur:** Millogo Kalo Martin

**E-mail:** [millogomartin@yahoo.fr](mailto:millogomartin@yahoo.fr) **Tél:** 00226 70745580/ 78113450

**ABSTRACT:**

**TITLE: the psoas abscess: epidemiological, clinical, aetiologic and therapeutic aspects of 20 cases.**

**Objective:** This topic aims at studying the epidemiological, clinical, aetiologic and therapeutic aspects of the psoas abscess.

**Patients and method:** This was a retrospective study which, for 10 years (January 2001-December 2010), has collected 20 cases of the psoas abscess both in the General and Digestive Surgery section of the Students' Hospital of Ouagadougou (Burkina Faso) and in a private clinic of the same city. All the patients in our series had a psoas abscess diagnosed through an ultrasound exam and / or CT or during the operation. The data were collected from the clinical health records.

**Results:** On the course of this study, 20 cases of psoas abscesses were collected with an annual incidence of 2 cases. Both sexes were found in a ratio of 12 men (60%) and 8 women (40%). The average age of abscesses occurrence was 42.65 showing in all respects minimum and maximum ages of 15 and 90 years. Farmers and informal sector workers were the most represented ones. The urban area was mostly concerned and the causes of the consultation included pelvic and / or lumbar pain (20 cases), fever (19 cases). The physical examination revealed a relative functional impairment in 7 cases, a one case fistula on the skin, a pelvic or abdominal and lumbar tumour in 13 cases and psoitis in 7 cases. The right side abscesses were the most frequent with 12 cases. 17 cases of hyperleukocytosis and 11 cases of hypochromic microcytic anemia were found. The ESR was constantly accelerated. The ultrasound exam suspected a diagnosis in 17 cases and a CT in 2 cases. An intraoperative diagnosis was made in one case. The primitive cases of abscess were 12 (60%) while the secondary cases were 8 (40%). The aetiologies included appendicular abscess (3 cases), spinal tuberculosis (1 case), lymphnode tuberculosis (1 case), uterine cancer (1 case), pyelonephritis (1 case), colonic tumor associated with the colon diverticulosis (1 case). Each of our patients received a surgical drainage complemented with an antibiotic-based therapy. The staphylococcus aureus was the most detected bacterium in 10 cases. The outcome was favourable in 19 cases.

**Conclusion:** The psoas abscess is a scarce disease with a difficult clinical diagnosis. The ultrasound, the CT and the MRI are essential for the diagnosis. The drainage must be associated with a broad spectrum antibiotic therapy.

**Keywords:** psoas - abscess - ultrasound - surgery.

**Author:** Martin Kalo Millogo

**E-mail address:** [millogomartin@yahoo.fr](mailto:millogomartin@yahoo.fr) **Tel:** 00226 70745580/78113450

**SERMENT D'HYPPOCRATE**

## SERMENT D'HYPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ; Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »