

ACTINOMYCOSE DU PSOAS

PSOAS ACTINOMYCOSIS

B. HAMMAMI¹, N. BEN ARAB¹, I. MAALOU¹, S. MEZGHANNI², Z. ELLOUZE³,
F. MAHJOUBI⁴, A. HAMMAMI⁴, M. BEN JEMAA¹

1- Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, 3029, Sfax, Tunisie

2- Service de radiologie, CHU Hédi Chaker, 3029, Sfax, Tunisie

3 - Service de chirurgie orthopédique, CHU Habib Bourguiba, 3029, Sfax, Tunisie

4 - Laboratoire microbiologie, CHU Habib Bourguiba, 3029, Sfax, Tunisie

CORRESPONDANCE :

Docteur Boussayma Hammami

Service des Maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie

Tel : 00 216 74 246 906

Fax : 00 216 74 246 906

E-mail : boussavmahammami @ yahoo.fr

Résumé

L'actinomyose du posas est extrêmement rare et de diagnostic difficile. Nous rapportons deux cas d'abcès du muscle psoas, survenant chez un homme âgé de 58 ans aux antécédents de spondylarthrite ankylosante et une femme âgée de 40 ans ayant un diverticule colique. Dans les deux cas, l'examen histologique a permis de confirmer le diagnostic d'actinomyose. L'évolution était favorable après antibiothérapie et drainage chirurgical.

L'originalité de ces deux observations repose sur une origine digestive très probable.

Mots clés: Abcès du psoas, Actinomyose

Summary

Psoas actinomycosis is extremely rare and difficult to diagnose. We report two cases of psoas abscess, arising in a 58 year-old man with antecedent of ankylosing spondylitis and a 40 year-old woman having a colic diverticulum. In both cases, the histological examination confirmed the diagnosis of actinomycosis. The evolution was favourable after antibiotherapy and surgical drainage.

The originality of these two observations is based on a potential digestive origin.

Key words: Actinomycosis, Psoas abscess

INTRODUCTION

L'actinomyose est une infection granulomateuse chronique causée par des bactéries anaérobies du genre *Actinomyces*. La localisation au niveau du muscle psoas est extrêmement rare. Le tableau clinique est souvent insidieux et non spécifique. Le diagnostic bactériologique est difficile, l'étude histologique permet de redresser le diagnostic. Nous rapportons deux cas d'abcès actinomycosiques du muscle psoas et nous discutons leur origine digestive probable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N°1

Mr H.S., âgé de 58 ans, ayant comme seul antécédent une spondylarthrite ankylosante depuis l'âge de 30 ans, était hospitalisé le 3 mai 2000 pour une masse para vertébrale droite. La symptomatologie remontait à quatre mois, par l'apparition d'une tuméfaction para vertébrale droite augmentant progressivement de taille avec des douleurs abdominales et un amaigrissement chiffré à 10 Kg.

A l'admission, il présentait une fièvre à 38,3°C et une altération marquée de l'état général.

La tuméfaction para vertébrale droite, chaude et douloureuse, s'étendait jusqu'à la crête iliaque homolatérale. L'abdomen était souple et le reste de l'examen physique était normal. La biologie montrait une hyperleucocytose à 20.400/mm³ (85 % de polynucléaires neutrophiles) et un syndrome inflammatoire important (vitesse de sédimentation à 120 mm à la 1^{ère} heure, CRP à 83 mg/l, α_2 -globuline à 11,5 g/l et γ -globuline à 20 g/l). La sérologie VIH était négative. L'intra dermo réaction à la tuberculine était négative. Les recherches de BK dans les crachats et les urines étaient négatives. La radiographie du rachis montrait des syndesmophytes antérieurs sur l'ensemble du rachis lombaire avec un aspect en «colonne bambou» en rapport avec sa spondylarthrite ankylosante.

A l'échographie, le muscle psoas droit était épaissi, siège d'une collection hypoéchogène correspondant à un abcès de 9 x 4 x 2,5 cm, qui communiquait avec une seconde collection hypoéchogène de 8 cm de grand axe au niveau des parties molles para vertébrales droites. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) confirmait la présence d'un abcès du muscle psoas droit communiquant avec les parties molles para vertébrales homolatérales par un trajet fistuleux, et ne trouvait pas de signes de spondylodiscite infectieuse. L'incision, en milieu chirurgical, ramenait du pus contenant des grains jaune-verdâtres. L'examen direct notait de nombreux polynucléaires neutrophiles, avec isolement de *Fusobacterium nucleatum* en culture abondante. La biopsie musculaire profonde montrait la présence de multiples grains actinomycosiques entourés d'un amas de polynucléaires neutrophiles. La colonoscopie était sans anomalies évidentes. Le patient était traité par pénicilline G en intraveineux (30 millions UI/j) pendant un mois, relayée par amoxicilline (3 g/j) pour une durée de 5 mois. L'évolution clinique était favorable et la radiologie a confirmé la régression complète de l'abcès du psoas. Le recul actuel est de 6 ans.

OBSERVATION N°2

Mme S.T., âgée de 40 ans, était hospitalisée le 20 décembre 2004 pour une masse fessière droite.

L'interrogatoire notait la notion de contraception très ancienne par dispositif intra-utérin enlevé dix ans auparavant. Elle n'avait pas d'antécédents de troubles du transit, ni de chirurgie digestive. La maladie débutait avant 3 mois, par la survenue de douleurs abdominales d'aggravation progressive et d'une altération de l'état général, suivies par l'apparition d'une tuméfaction au niveau du quadrant supéro-externe de la fesse droite. L'examen physique montrait une fièvre à 38°C et une masse douloureuse fessière droite. L'abdomen était souple. Les touchers pelviens ne percevaient pas de lésions. La hanche droite était libre et le reste de l'examen physique était normal. La biologie montrait un syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation à 75 mm à la 1^{ère} heure et CRP à 118 mg/l). La numération formule sanguine était normale. Les radiographies du thorax, de l'abdomen sans préparation et du rachis étaient normales. L'échographie des parties molles montrait une collection hypoéchogène, hétérogène, profonde fessière droite de 4 cm, communiquant avec une seconde collection hypoéchogène du muscle psoas droit. L'IRM révélait la présence d'une collection abcédée intéressant le muscle psoas droit et s'étendant en arrière, au dessus de l'aile iliaque, au quadrant supéro-externe de la fesse droite et en avant à la paroi cellulo graisseuse antérieure (Figure 1).

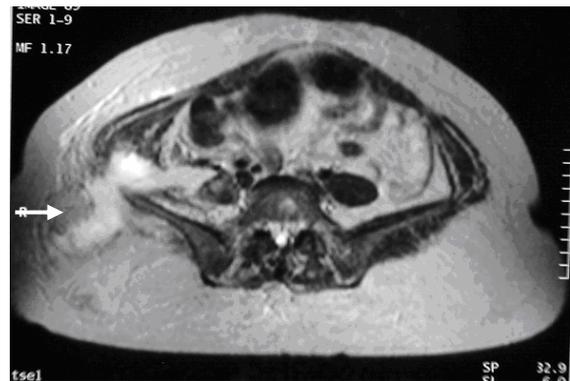


Figure 1: IRM coupe axiale (T2) : Collection en hypersignal T2 intéressant le muscle psoas droit et s'étendant en arrière au quadrant supéro-externe de la fesse droite et en avant à la paroi cellulo graisseuse antérieure.

Il n'y avait ni lésions osseuses ni épaississement des parois des anses intestinales. La scintigraphie osseuse était normale. La ponction de la tuméfaction fessière ramenait un pus franc, avec présence de très nombreux leucocytes (90% de polynucléaires neutrophiles) à l'examen direct. La culture sur milieux aérobies était négative, alors que la culture sur milieux anaérobies permettait l'isolement de *Fusobacterium nucleatum* et de *Peptostreptococcus magnus* en moyenne abondance. Au drainage chirurgical, il y avait issu d'un liquide purulent abondant contenant des grains verdâtres. L'exploration per-opératoire montrait un trajet fistuleux situé au dessus de la crête iliaque, qui permettait de communiquer avec d'autres collections plus profondes. Un drainage large avec nettoyage était réalisé.

L'étude anatomopathologique des biopsies musculaires profondes confirmait le diagnostic d'actinomycose, en montrant un infiltrat lympho plasmocytaire riche en histiocytes et en polynucléaires neutrophiles organisés autour de grains actinomycosiques. Le lavement baryté en double contraste, réalisé à la recherche d'une lésion digestive, permettait de visualiser un petit diverticule du colon ascendant. La patiente était traitée par pénicilline G en intra veineux, à la dose de 20 millions d'unités/j. L'évolution était favorable avec amélioration de l'état général et cicatrisation de la plaie opératoire. Après un mois de traitement par voie parentérale, le relais était fait par amoxicilline à la dose de 3 g/j per os pendant 6 mois. La tomodynamométrie abdomino-pelvienne réalisée à la cinquième semaine du traitement montrait la régression complète des collections purulentes. L'évolution ultérieure était favorable. Le recul actuel est de 18 mois.

DISCUSSION

L'actinomycose est une infection granulomateuse causée par des actinomycètes, dont l'espèce la plus fréquente est *Actinomyces israelii*. Ce sont des bactéries saprophytes de la cavité buccale, du tube digestif et du tractus génital de la femme [1,2]. Elles sont peu virulentes, mais elles peuvent

devenir pathogènes en cas de lésion muqueuse préexistante et proliférer dans les tissus adjacents [1,3]. Les abcès actinomycosiques sont de siège cervico facial (50-60%), thoracique (20- 25%), abdominal (15-20%) et pelvien (5%). D'autres localisations, beaucoup plus rares, ont été rapportées : cérébrales, vertébrales, cardiaques, rénales et oculaires [1]. L'actinomycose du psoas est exceptionnelle et seuls quelques cas sont rapportés dans la littérature [4-6].

Les abcès du psoas sont soit primitifs, soit secondaires compliquant un autre foyer digestif, osseux ou urologique [7]. Pour nos deux patients, nous pensons qu'il s'agit d'abcès du psoas secondaires à une pathologie digestive. En effet, notre premier patient avait une spondylarthrite ankylosante qui s'accompagne fréquemment d'une hyperperméabilité intestinale, parfois même d'anomalies intestinales macroscopiques prédominant dans la région iléo-caecale et pouvant favoriser la pénétration dans l'organisme de bactéries d'origine digestive [8]. Le caractère polymicrobien de son abcès, sa localisation au niveau du psoas droit et l'absence d'un autre foyer plaident en faveur de cette éventualité. Chez notre seconde patiente, l'extension par contiguïté à partir de son diverticule colique est l'éventualité la plus plausible, puisqu'elle n'avait pas d'autres foyers à distance et n'était pas porteuse de dispositif intra utérin (DIU). L'association actinomycose abdomino-pelvienne et DIU est connue, et a été rapportée dans de nombreuses observations [9,10]. Le DIU provoquerait des zones de nécrose au sein de l'endomètre dans lesquelles les actinomycètes peuvent proliférer. Dans la majorité des cas, les femmes portent leur DIU depuis plusieurs années [1]. Stutz et Wilkinson [5], ont rapporté un cas d'actinomycose du psoas chez une femme, âgée de 38 ans, porteuse d'un DIU depuis 10 ans.

La symptomatologie clinique est insidieuse, évoluant sur des mois, dominée par des douleurs abdomino-pelviennes vagues, une fièvre et un amaigrissement. L'évolution se fait vers la fistulisation et le diagnostic pourrait

alors être suspecté sur la seule présence de grains jaunâtres [2,8].

L'isolement des *Actinomyces* à partir des lésions suppurées est très difficile, car ils sont très sensibles à l'oxygène. Leur culture est délicate et leur croissance est lente (2 à 3 semaines). De plus, ils poussent fréquemment en satellitisme avec d'autres bactéries à croissance plus rapide (*Actinobacillus*, *Haemophilus aphrophilus*, *Eikenella corrodens*, *Streptococcus*, *Fusobacterium*), qui gênent l'identification de l'actinomycète, mais dont la présence a une bonne valeur d'orientation [1]. Ceci a été le cas pour nos deux patients.

L'étude anatomopathologique est précieuse, surtout en l'absence de documentation bactériologique. Elle permet de confirmer le diagnostic en retrouvant des grains actinomycosiques caractéristiques de la maladie [1, 2, 9].

Le traitement repose sur le drainage des abcès associé à une antibiothérapie prolongée. La pénicilline G est l'antibiotique de référence préconisée à raison de 10 à 20 millions UI/j pendant 4 à 6 semaines, avec un relais par une pénicilline orale pour une durée totale de 6 à 12 mois [1,3]. En cas d'allergie à la pénicilline, d'autres antibiotiques sont proposés : cyclines, macrolides, vancomycine, chloramphénicol [1]. Le drainage des abcès et la résection des trajets fistuleux sont fondamentaux pour éviter les récurrences. Le pronostic est généralement favorable sous traitement bien conduit.

CONCLUSION

L'actinomycose du psoas est une entité exceptionnelle. La symptomatologie clinique est insidieuse. Le diagnostic n'est parfois évoqué que quand l'évolution se fait vers la fistulisation, ramenant des grains jaunâtres caractéristiques. Il est confirmé par l'étude anatomopathologique puisque la documentation bactériologique est difficile. Le traitement repose sur une antibiothérapie prolongée et un drainage des abcès.

REFERENCES

- 1- Smego RA, Foglia G. Actinomycosis. Clin Infect Dis 1998 ; 26 : 1255-61.
- 2- Kacem C, Puisieux F, Kammoun A, Abdesslem MM, Zaouche A. Actinomycose abdominale. A propos de trois cas et revue de la littérature. Ann Med Interne 2000 ; 151 (4) : 243-7.
- 3- Benjelloun N, Rifki Jai S, Benamar MY, Aisse L, Kafih M, Ridai M, et al. Actinomycose colique. Med Mal Infect 2004 ; 34 : 233-4.
- 4- Coakham HB. Actinomycosis in recurrent psoas abscess. Proc R Soc Med 1972 ; 65 : 28.
- 5- Stutz JA, Wilkinson SA. Psoas abscess. An unusual complication of an intrauterine contraceptive device. Br J Obstet Gynaecol 1999 ; 106 :177-79.
- 6- Maradeix S, Scrivener Y, Grosshans E, Sabatier X, Riegel P, Cribier B. Actinomycose fessière. Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 462-5.
- 7- Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess. Worldwide variations in etiology. Word J Surg 1986 ;10 : 834-43.
- 8- Wendling D. Les anomalies intestinales au cours de la spondylarthrite ankylosante. Presse Med 1990 ; 19 (14) : 648-9.
- 9- Huss M, Bongain A, Hofman P, Gugenheim J, Gillet JY. Un diagnostic difficile: l'abcès actinomycosique pelvi-abdominal. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1993 ; 22 : 843-7.
- 10- Cöl C, Cöl M, Albayrak L. A case report of abdominal wall actinomycosis associated with prolonged use of an intrauterine device. Antimicrob Infect Dis Newsletter 2000 ; 18 (10) : 77-9.