

Infection à VIH découverte par un abcès unilatéral primitif du psoas : à propos d'un cas clinique

HIV infection discovered by a primary unilateral abscess of the psoas. A case report

Othmane Yddoussalah, Amine Saouli, Tarik Karmouni, Khalid Elkhader, Abdellatif Koutani, Ahmed Ibn Attya Andaloussi

Service d'urologie B, CHU Ibn Sina, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat- Université Mohamed V- Maroc.

Correspondance à :

Othmane YDDOUSSALAH
yddoussalah.urob@gmail

DOI:<https://doi.org/10.48087/BJMScr.2018.5125>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

L'abcès du muscle psoas est une entité pathologique de diagnostic compliqué en raison du polymorphisme des signes cliniques. Nous rapportons une observation de l'association d'un abcès du psoas avec une infection VIH, où nous discutons les caractéristiques cliniques, diagnostiques et les possibilités thérapeutiques de cette pathologie rare.

Mots-clés : abcès ; psoas ; virus d'immunodéficience humaine.

ABSTRACT

Psoas muscle abscess is a complicated diagnostic disease entity due to the polymorphism of clinical signs. We reported an observation of the association of a psoas abscess with HIV infection, where we discuss the clinical, diagnostic, and therapeutic possibilities of this rare condition.

Keywords: abscess; psoas; human immunodeficiency virus.

Introduction

Décrit pour la première fois en 1881 par Mynter, l'abcès du muscle psoas est une infection rétro-péritonéale rare et de diagnostic difficile du fait de la non spécificité des signes cliniques [1]. Il est généralement secondaire à l'extension d'une infection intra ou rétro-péritonéale : rénale, digestive ou osseuse. L'abcès primaire du psoas-iliaque (sans foyer primitif) est plus fréquent chez les patients immunodéprimés, diabétiques, insuffisants rénaux chroniques, alcooliques ou utilisateurs de produits par voie parentérale [2]. Il s'agit d'une entité avec une mortalité et une morbidité élevée et dont l'incidence n'est pas connue. Les examens radiologiques ont un intérêt diagnostique et thérapeutique.

Nous rapportons un cas d'un patient dont l'infection de VIH a été révélée par un abcès primitif du psoas.

Observation

Il s'agit d'un patient de 21 ans, célibataire, étudiant de Rabat, hétérosexuel n'ayant eu aucun rapport sexuel, jamais opéré ni transfusé et sans autres facteurs de risque de transmission de VIH. Le patient a été admis aux urgences pour une tuméfaction lombaire droite évoluant depuis une semaine dans un contexte fébrile avec amaigrissement sans signe urinaire ou digestif associé. L'examen à l'admission a retrouvé un patient en mauvais état général fébrile à 40°C, la fosse lombaire droite est le siège d'une masse fluctuante chaude et douloureuse.

L'échographie abdominale a retrouvé une infiltration de la graisse péri-rénale droite (figure 1) complétée par une TDM abdominale qui a objectivé une collection abcédée du psoas droit et en péri-rénal de 60 x 60 mm. (Figure 2). Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 33000 éléments / mm³ avec un taux de lymphocytes à 1910 éléments / mm³ et une CRP à 290 mg/L. la fonction rénale et les hémocultures aérobies et anaérobies étaient négatives.

L'abord chirurgical de l'abcès a permis d'évacuer 600 ml de pus, d'effondrer les logettes, de faire un prélèvement bactériologique et de réaliser de multiples biopsies de la coque. Nous avons démarré une triple association à base de céphalosporines de troisième génération 2 g/j, les aminosides 320 mg/j et métronidazole 1,5 g/j.

L'examen cytbactériologique des urines était négatif, la recherche de bacille de Kock dans le pus était également négative. L'examen histologique de la coque de l'abcès a retrouvé une réaction inflammatoire non spécifique sans lésion maligne. Un staphylococcus aureus a été isolé dans le prélèvement du pus. Devant ce tableau clinique atypique une sérologie VIH a été demandée et s'est révélée positive : ELISA et Western Blot, la sérologie de la syphilis TPHA/VDRL, la sérologie de l'hépatite virale B et C était négative. Les suites post-opératoires étaient simples et un traitement à base d'antirétroviraux a été instauré.

Discussion

Depuis la découverte en 1981 du syndrome de l'immunodéficience humaine acquise (SIDA), les connaissances sur le virus de l'immunodéficience humaine VIH n'ont cessé d'évoluer. Comme d'autres spécialistes médicaux, l'urologue est fréquemment confronté, dans sa pratique quotidienne, au risque d'exposition au VIH et à de nouvelles pathologies liées à l'immunodépression : infections opportunistes et tumeurs urogénitales inhabituelles, insuffisance rénale, troubles vésico-sphinctériens. 33,6 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH. Au Maroc, il y aurait entre 13000 et 16000 personnes infectées par le VIH à la fin 2004 [3].

Dans notre pratique quotidienne, l'abcès du psoas nous fait penser en premier à la tuberculose, mais il ne faut pas perdre de vue l'infection ou la co-infection VIH, surtout chez les sujets jeunes, vu la recrudescence de l'épidémie dans notre pays.



Figure 1. Echographie abdominale montrant une infiltration périrénale droite.

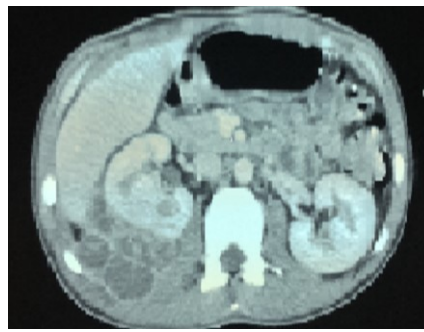


Figure 2. Coupe scannographique axiale avec injection du produit de contraste montrant une collection abcédée du muscle psoas droit

L'abcès du psoas est une pathologie peu fréquente, sa symptomatologie est très peu spécifique nécessitant un complément notamment scanographique. Il existe deux types de l'abcès du psoas, soit primaire ou secondaire. Un abcès primaire se produit en raison de la dissémination hémotogène ou lymphatique du germe pathogène à partir d'un site distant. L'abcès secondaire survient à la suite de l'expansion directe d'un processus infectieux ou inflammatoire à proximité du muscle psoas. L'abcès primaire survient le plus souvent chez les patients ayant des antécédents de diabète, d'injection de drogues, d'alcoolisme, de syndrome acquis d'immunodéficience, d'insuffisance rénale, d'hémopathies malignes, d'immunosuppression, ou de malnutrition. Les abcès primaires représentent 99 % des abcès en Asie et en Afrique, tandis qu'en Europe et en Amérique du Nord, la prévalence est plus faible avec des taux de 18 % et 61 % respectivement [4].

Boyd et Brettle ont rapporté deux cas d'abcès primitif à *Mycobacterium avium* chez deux patients VIH positifs sous traitement antirétroviral [5]. La spécificité de l'échographie ne dépasse pas 40 % sauf pour les abcès volumineux. Le scanner est la clé diagnostic avec une spécificité de 95 %, il permet aussi d'identifier une éventuelle étiologie [6]. Le germe prédominant dans l'abcès primaire du psoas est *S. aureus*. Lai *et al.* Dans un autre enregistrement de séries de cas entre 1986 et 2011 a également constaté que *S. aureus* était encore l'étiologie dominante. [7].

Les bases du traitement reposent sur le drainage de l'abcès et l'instauration d'une antibiothérapie adéquate. Le drainage chirurgical est très performant, mais le drainage percutané avec guidage scanographique semble être une meilleure alternative [8,9] surtout pour les abcès de moins de 5 cm [10].

Conclusion

L'abcès du psoas reste une pathologie peu commune dans notre pratique quotidienne et devant la recrudescence de l'infection VIH au Maroc, il serait judicieux de penser à rechercher cette infection. Les abcès du psoas sont le plus souvent primaires que secondaires dans notre contexte. Le staphylocoque est le germe le plus fréquemment incriminé. 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.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Mynter H. Acute psoitis. *Buffalo Med Surg J* 1881 ;21 :202–10.
2. Taiwo B. Psoas abscess : à primer for the internist. *South Med J* 2001 ;94 :2–5.
3. Hermieu JF, Bouvet E, Ravery V, Delmas V, Boccon-Gibod L. Manifestations urologiques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. 2003 Jan ;18-233-A-10.
4. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess – a review and update on the literature. *Int J Surg.* 2012 ;10 :466–9. Doi : 10.1016/j.ijisu.2012.08.016.
5. Boyd AE, Brettle RP. Localized *Mycobacterium avium* intracellular psoas abscess in patients with AIDS after antiretroviral therapy. *AIDS.* 1999 ; Oct 22 ;13(15) :2185-6.
6. McAuliffe W, Clarke G. The diagnosis and treatment of psoas abscess : A 12 year review. *Aust.N.Z.J. Surg.*1994 ; Jun ;64(6) :413-7.
7. Hung WC, Mori H, Tsuji S, Iwao Y, Takano T, Nishiyama A, et al. Virulence gene and expression analysis of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* causing iliopsoas abscess and discitis with thrombocytopenia. *J Infect Chemother.* 2013;19:1004–8. Doi : 10.1007/s10156-013-0561.
8. Dahniya MH, Hanna RM, Grexa E, Cherian MJ, Niaz MN, Badr S, et al. Percutaneous drainage of tuberculous iliopsoas abscesses under image guidance. *Australas.Radiol.* 1999 ; Nov ;43(4) :444-7.
9. Conde Redondo C, Estebanez Zarranz J, Rodrigues Toves A, Amon Sesmero J, Simal F, Martinez Sagarra JM. Traitement de l'abcès du psoas : Drainage percutané ou chirurgie ouverte. [Treatment of psoas abscess : Percutaneous drainage or open surgery]. *Prog.Urol.*2000 ;Jun;10(3) :418-23.
10. Ben Miled K, Hendaoui L, Ben thabet I, M'Rad S, Belkhouidja C, Ben Chaabene T, et al. Traitement percutané des abcès primitifs du psoas. [Percutaneous treatment of a primary psoas abscess]. *Tunis.Med.* 1992 ; Dec ; 70(12) : 567-70.