

Cas Clinique

Abcès Bilatéraux du Psoas comme Signe de Découverte d'une Tuberculose Multifocale chez une Immunocompétente

Bilateral psoas abscess leading to the discovery of multifocal tuberculosis in an immunocompetent patient.

Tiemtore-Kambou BMA (1), N'de/Ouédraogo NA (2), Napon AM (3), Nikiema Zakaria (4), Diallo O (5), Bicaba D (6), Cisse R (7).

ABSTRACT

1. Assistante Université de Ouagadougou Radiologue service d'imagerie médicale Hôpital de District de Bogodogo 11 BP 1652 Ouaga CMS 11
2. Assistante Université de Ouagadougou Radiologue service d'imagerie médicale CHU Yalgado Ouedraogo 03 BP 7022 Ouagadougou 03 Burkina Faso
3. Maitre assistante Université de Ouagadougou Radiologue 01 BP 3831 Ouagadougou 01
4. Maitre de conférence agrégé Université de Ouagadougou. Service d'imagerie médicale CHU Yalgado Ouedraogo 03 BP 7022 Ouagadougou 03
5. Maitre de conférence agrégé Université de Ouagadougou. Service d'imagerie médicale CHU Yalgado Ouedraogo 03 BP 7022 Ouagadougou 03
6. Service d'imagerie médicale CHU Yalgado Ouedraogo 03 BP 7022 Ouagadougou 03
7. Professeur Titulaire en Radiodiagnostic et Imagerie médicale Service d'imagerie médicale CHU Yalgado Ouedraogo 03 BP 7022 Ouagadougou 03 Burkina Faso

Correspondance : TIEMTORE-KAMBOU B.M.A 00226 70118763 Email : kbenildema@yahoo.fr

Nous reportons le cas d'une patiente ayant consulté pour une importante tuméfaction de la cuisse gauche, et une impotence fonctionnelle évoluant depuis deux mois. Le scanner thoraco abdomino pelvien a révélé des abcès bilatéraux des psoas et para vertébraux ainsi qu'une cavité tuberculeuse pulmonaire. Une sternite et une ostéite trochantérienne ont également été trouvées. L'étiologie tuberculeuse a été évoquée et un traitement d'épreuve antituberculeux entrepris avec succès. Ce cas illustre le fait que l'imagerie médicale a un rôle d'orientation étiologique devant des images typiques de tuberculose multifocale et que celle-ci ne reste pas toujours l'apanage du sujet VIH+.

Mots clés : tuberculose multifocale- VIH+ abcès-psoas

RÉSUMÉ

A patient consulted for major swelling of the left thigh, and functional impairment for two months. Thoraco abdomino-pelvic CT showed bilateral psoas abscess and para vertebral and a pulmonary cavity. Sternitis and trochanteric osteitis were also found. Tuberculous origin was raised and a test treatment was undertaken with positive results. Medical imaging has a role of etiologic orientation in case of typical images of multifocal tuberculosis, which may be found in HIV negative subjects.

Key words: multifocal tuberculosis- HIV + psoas abscess

INTRODUCTION

La tuberculose multifocale est la présence d'au moins deux foyers extra pulmonaires associés ou non à un foyer pulmonaire. Elle représente 9 à 10 % des localisations extra pulmonaires. Elle est fréquente chez les sujets immunodéprimés [1]. Sa présence chez des patients non VIH+ et découverte par des abcès bilatéraux du psoas est rare [2,3].

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant 5 sites de tuberculose découverts par des abcès bilatéraux du psoas et chez qui la sérologie VIH s'est révélée négative.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 41 ans qui consultait pour une impotence fonctionnelle relative et une tuméfaction de la cuisse gauche évoluant depuis 2 mois. Le début remonterait à 2 ans par des lombalgies, une impotence fonctionnelle relative du membre pelvien gauche, une toux grasse, un amaigrissement, une anorexie et une asthénie. Les traitements institués furent sans succès. Devant l'aggravation de la symptomatologie marquée par un para parésie et une tuméfaction de la cuisse gauche. Elle décide de consulter en milieu spécialisé. Elle n'avait pas de contact tuberculeux, un bon état général, une température à 38 ° C. A l'examen physique il y avait une tuméfaction

antéro-interne de la cuisse gauche, une gibbosité du rachis sur L4, un psoitisme et un para paralysie.

A l'hémogramme il y avait une leucopénie à $3600/mm^3$; une anémie à $4230000/mm^3$ avec un taux d'Hb à $9,9 g/dl$; et une note inflammatoire avec une VS à $50 mm$ à la 1^{er} h et une CRP à 16. Le bilan de terrain notait une sérologie VIH1 et 2 – et des CD4 à $584/mm^3$. Les crachats BAAR étaient positifs. Le bilan de retentissement notait une créatinine à $69 mmol/l$ et une glycémie à $3,6 mmol/l$.

L'imagerie qui a consisté en un scanner abdominopelvien avec un passage au niveau thoracique et des reconstructions au niveau abdominal, pelvien et du rachis lombaire a montré les images suivantes :

1. De volumineux abcès du psoas s'étendant jusqu'au niveau gluteo fémoral gauche (figure 1 A). Une destruction des vertèbres lombaires avec un abcès para vertébral (figure 1 B et C).



Figure 1: Scanner thoraco abdominopelvien d'une patiente de 41 ans. A reconstruction multi planaire en fenêtre parties molles en coronale et B en axiale : Abcès bilatéraux du psoas s'étendant jusqu'au niveau gluteo fémoral avec fistulisation dans le canal inguinal gauche. C : Scanner du rachis lombaire en reconstruction

2. Une caverne tuberculeuse au niveau du lobe, une sternite tuberculeuse (figure 2)

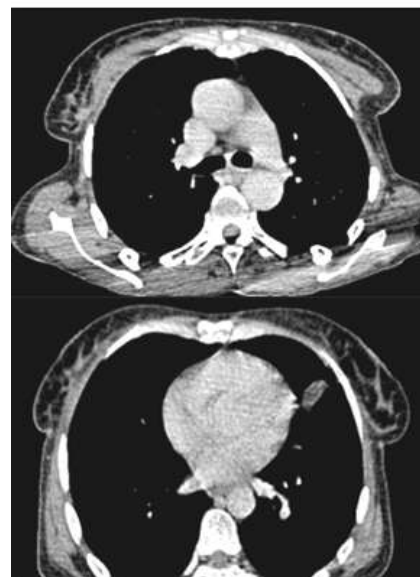


Figure 2: Scanner en fenêtre médiastinale; hétérogénéité du sternum au niveau supérieur avec atteinte des parties molles en A et B au niveau du manubrium évoquant une sternite

3. Une ostéite trochantérienne (fig. 3) et des calcifications des abcès orientant vers l'origine tuberculeuse (fig. 4).



Figure 3: Scanner pelvien en fenêtre osseuse. Sacroiléite bilatérale en A et ostéite trochantérienne en B et C



Figure 4: Scanner Au niveau pelvien en fenêtre parties molles sans infection de produit de contraste ; abcès glutéo fémoral gauche avec des calcifications et épaissement hyperdense de la paroi de l'abcès

Le traitement a consisté en une mise à plat des abcès qui a rapporté 90 ml de pus à droite et 120 ml à gauche. Le prélèvement du pus n'a pas montré de germe. Sous traitement anti tuberculeux institué de quadrithérapie pendant 2 mois, une amélioration fut constatée au bout de deux semaines. La poursuite du traitement se fit par une bithérapie.

DISCUSSION

L'intérêt de notre observation réside dans le fait qu'elle apparaît chez un patient non VIH +, immunocompétent et se révèle par un volumineux abcès bilatéral du psoas. Chez Maalej et Yacoub, la présence de 5 sites était unique dans leur série et l'atteinte du psoas ne figurait pas dans les localisations associées [3,4]. Les abcès du psoas malgré la recrudescence de la tuberculose sont surtout à germes pyogènes [1]. L'atteinte bilatérale est rare et se rencontre la plupart du temps chez des immunodéprimés [5]. Nous pouvons évoquer la primauté de la localisation pulmonaire par l'aspect séquellaire des lésions pulmonaires qui a fusé aux autres sites. En effet la dissémination de la tuberculose se fait toujours à partir d'un foyer pulmonaire et c'est à partir de ce foyer initial que les bacilles vont disséminer dans l'organisme [2,6].

La dissémination se fait par voie hématogène dans les spondylodiscites via les vaisseaux issus des artères vertébrales intercostales et lombaires. [7,8]. La chronologie des atteintes serait donc pulmonaire, sternale, vertébrale, psoas et fémorale. En effet le muscle psoas présente un compartiment extra péritonéal qui de part sa situation peut être atteint par des processus pathologiques aussi bien sus diaphragmatiques, intra et retro péritonéaux voire du membre inférieur [9]. Cet abcès du psoas est donc secondaire à une atteinte vertébrale par une spondylodiscite comme retrouvé par plusieurs auteurs [10,11]. Le retard de diagnostic pourrait expliquer la multitude des localisations qui sont en fait toutes liées par le psoas. L'atteinte sternale est rare, moins de 1% des ostéomyélites tuberculeuses [12]; et plus fréquente chez les toxicomanes et les immunodéprimés ce qui n'était pas le cas chez notre patiente. L'atteinte fémorale est secondaire à l'atteinte du psoas au niveau de ses insertions inférieures trochantériennes [9]. La présence de calcifications au niveau de l'abcès au scanner oriente vers l'origine tuberculeuse. L'absence de facteurs d'immunosuppression tels que la corticothérapie, la prise de médicaments immunosuppresseur, l'insuffisance rénale, une hémoglobinopathie, une maladie auto-immune, une néoplasie rendent inhabituel cette observation. [3].

Le statut non VIH de la patiente ajoute à cette spécificité car le VIH favorise la dissémination du bacille de Koch dans les sites autres que pulmonaires [2,4,5].

CONCLUSION

La tuberculose multifocale n'est plus l'apanage des immunodéprimés. Sa découverte par un abcès du psoas doit conduire à rechercher une atteinte des autres sites et des facteurs favorisants ou de risque. Elle doit être évoquée devant des signes assez bien connus en imagerie même en l'absence de signes cliniques classiques. Le traitement antituberculeux bien conduit donne de bons résultats.

RÉFÉRENCES

1. AUDIA S, MARTHA B, GRAPPIN M et al. Les abcès pyogènes secondaires du psoas: A propos de six cas et revue de la littérature. La revue de médecine interne 2006; 27 (11): 828-835.
2. ZABSONRE/TIENDREBEOGO W.J. , OUEDRAOGO D.D. , DIALLO I, GUIRA O , TIENO H , DRABO J.Y. . Abcès tuberculeux du psoas à Ouagadougou A propos de deux observations. Med d'Afrique Noire. 2014; 6104: 183-7.
- 3 MAALEJ .S. GREB D., BOURGUIBA M et al. La tuberculose multifocale Rev Mal Resp 2006 23, N° HS1 :48
Doi : RMR-01-2006-23-HS1-0761-8425-101019-200516963
4. YACOUB S. , BELHABIB D. , FEKIH L. et al. La tuberculose multifocale : à propos de cinq cas. Rev Mal Resp 2009 ; 26 N° HS1 : 133
Doi : RMR-01-2009-26-HS1-0761-8425-101019-200812377
5. GONI V, THAPA BR, VYAS S, GOPINATHAN NR, RAJAN MANOHARAN S, KRISHNAN V. Bilateral psoas abscess: atypical presentation of spinal tuberculosis. Arch Iran Med. 2012; 15 (4): 253-6.
6. DIOMANDE M, DJAHA K J M, TANO H M, EHAULIER L.C.K., ETI E, KOUAKOU M. N. Tuberculose multifocale inhabituelle à Abidjan. Rev Mar Rhum 2014;28 : 45-47
7. DENIS-DELPYERRE N, MERRIEN D, BILLAUD E et al. [Multifocal tuberculosis. About 49 cases in the Midwest region. GERICCO (Group for Epidemiology and research in Clinical Infections of the central West of France), 1991-1993]. Pathol Biol 1998; 46(6): 375-9.
8. TROMBATI N., AFIF H., FAROUKI EL Z., BAHLAOUI A., AICHANE A., BOUAYAD Z. La tuberculose pariétale thoracique en dehors de l'immunodépression par le virus de l'immunodéficience humaine Rev Mal Respir 2001 ; 18 : 301-304
9. L. ROCHER, J.P. SAINT MAURICE, O.LE GUEN, et al. Apport de l'imagerie à la pathologie des muscles ilio-psoas. Feuille Radiol. 1997 ;(37) 3: 183.
10. ANDRIANARIMANITRA H. U, RAJAONARISON N.L.H.N.O, RANDRIANALISON M.L, AHMAD AHMAD. Importantes lésions radiologiques de spondylodiscite tuberculeuse pauci-symptomatique. Pan Afr Med J 2014 ; (18) 282
11. TAKONGMO S., NKO'O AMVENE S., JUIMO A.G. , AFANE ZE E. , EDZOA T., MALONGA E. Problèmes diagnostiques à propos de deux cas cliniques de Mal de Pott lombaire. Medecine d'Afrique Noire : 1993 ;40 (2) 130-2
12. OUARSSANI A., ATOINI F., AIT LHOUE F., IDRISSE RGUIBI M., sternal tuberculosis : report of 2 cases. Pan Afr Med J 2012 ; 11 :33