

Attitude pseudoparalytique du nourrisson révélatrice d'un abcès du muscle psoas

Pseudoparalytic Attitude of the Nursing revealing an Abscess of the Iliopsoas Muscle

H. Abdoulaye Diallo · K. Atarraf · A. My Afifi

Reçu le 9 avril 2017 ; accepté le 9 mai 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Introduction

L'abcès du muscle psoas-iliaque est une collection purulente rétro-péritonéale rare chez l'enfant [1]. La survenue chez le nourrisson est exceptionnelle et de diagnostic clinique extrêmement difficile [2,3]. Le but de ce travail était de souligner les difficultés diagnostiques de cette affection à travers l'observation d'un nourrisson d'un mois qui était admis pour un abcès du muscle psoas.

Observation

Un nourrisson âgé d'un mois était admis aux urgences pédiatriques pour une fièvre associée à une diminution de la mobilité active du membre inférieur droit. Il n'y avait pas de notion de traumatisme. Par ailleurs, il avait une notion d'otite aiguë bilatérale une semaine auparavant, avec une évolution favorable sous antibiothérapie. Il était conscient, en bon état général, fébrile à 38,1°C. L'examen abdominal était sans particularité, il n'y avait pas de tuméfaction ni de signe inflammatoire au niveau de la région inguinale. Le reste de l'examen physique notait une légère flexion antalgique de la cuisse droite, la mobilisation passive de cette dernière déclenchait des cris chez le nourrisson. Ailleurs, l'examen des articulations sous-jacentes : les orteils, la cheville ainsi que le genou étaient sans anomalie. Devant cette attitude pseudoparalytique fébrile associée à un flexum de la cuisse, le diagnostic d'une ostéoarthrite de la hanche droite était évoqué. Le bilan sanguin avait mis en évidence un syn-

drome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 28 700/mm³ et une C-réactive protéine (CRP) à 36,3 mg/l. La radiographie du bassin en incidence de face ainsi que l'échographie de la hanche étaient sans particularité. Cependant, l'échographie avait mis en évidence une collection hypoéchogène, multicloisonnée (Fig. 1A) en regard du muscle psoas iliaque droit, sans communication avec la hanche homolatérale. La ponction échoguidée avait ramené du pus épais avant la mise en route d'une bi-antibiothérapie probabiliste par voie parentérale visant le staphylocoque. Pour mieux apprécier la lésion, une tomодensitométrie abdomino-pelvienne avait montré une collection hypodense, cloisonnée, mesurant 3 cm de grand axe, siégeant au niveau du muscle psoas iliaque droit sans communication avec l'articulation coxofémorale (Fig. 1B). Après l'échec du drainage percutané, un drainage chirurgical avait été nécessaire. Les suites opératoires étaient simples, l'apyrexie avait été observée 24 heures après, et une diminution de la CRP à 18 mg/l, 48 heures après. L'évolution était favorable, avec la sortie du patient à J+7, sous un antistaphylococcique par voie orale sensible au germe identifié qui était *Staphylococcus aureus*. Cette antibiothérapie était prolongée pendant trois semaines avec normalisation du bilan inflammatoire. Avec 12 mois de recul, le nourrisson était asymptomatique sans suppuration rétro-péritonéale.

Discussion

L'abcès du muscle psoas est une collection purulente rétro-péritonéale rare, son incidence est estimée 0,4/100 000 [2]. La survenue de cette affection est inhabituelle chez le nourrisson et par conséquent rarement décrite à travers la littérature. Les rares cas qui ont été rapportés étaient sous forme de cas clinique isolé. Ishibashi et al. [1] ont rapporté un cas chez un nourrisson de deux mois et Han et al. [3] ont décrit un cas chez un nouveau-né de 20 jours de vie. Chez le nouveau-né et le nourrisson, l'affection est souvent

H. Abdoulaye Diallo (✉) · K. Atarraf · A. My Afifi
Service de traumatologie orthopédique pédiatrique,
hôpital-Mère et Enfant, CHU-Hassan II, Fès, Maroc
e-mail : drdiallochp@gmail.com

K. Atarraf · A. My Afifi
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Maroc

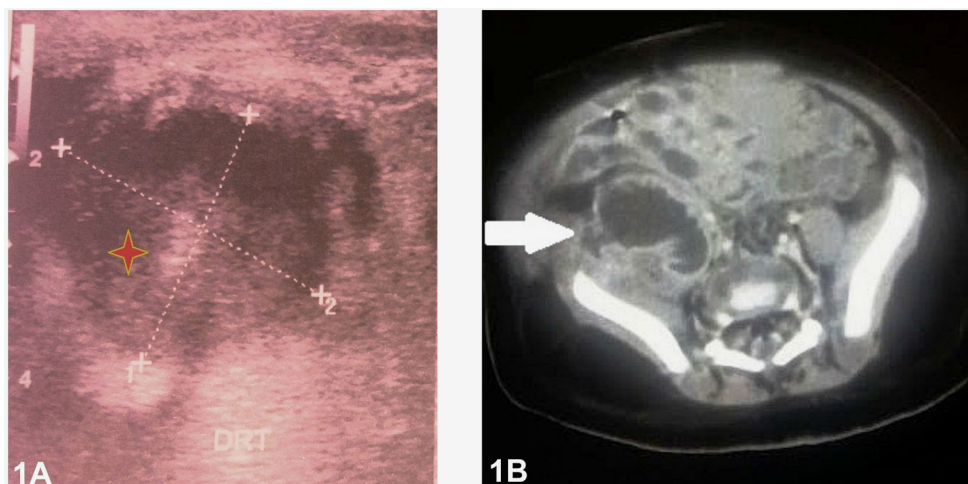


Fig. 1 A. échographie de hanche droite avec balayage abdominal, montrant (en étoile) une collection hypoéchogène, hétérogène, bien limitée, mesurant 3 cm de grand axe, non vascularisée au doppler couleur, sans épanchement intra-articulaire ; B. tomodensitométrie abdominopelvienne en coupe axiale montrant (en flèche) une collection hypodense du muscle psoas iliaque droit contenant des cloisons à paroi rehaussée après le produit de contraste

primitive, il s'agit d'une suppuration rétropéritonéale apparaissant spontanément sans aucune cause décelable [3,4]. Dans le cas précis de notre patient, aucune cause locale n'avait été retrouvée. Il s'agirait probablement d'une bactériémie à distance du foyer, à point de départ ORL [4,5]. L'abcès du muscle psoas, qu'il soit primitif ou secondaire, est de diagnostic difficile chez l'enfant en général, et chez le nourrisson en particulier. Outre sa rareté, le tableau clinique est trompeur par sa ressemblance avec d'autres affections locorégionales (ostéoarthrite de la hanche, ostéomyélite du grand trochanter) plus fréquentes et spécifiques à cet âge [4]. La triade clinique faite de psoïtis, boiterie douloureuse et masse du flanc ou de la fosse iliaque, associée à une fièvre retrouvée chez l'adulte et le grand enfant, est difficile voire impossible à apprécier chez le nourrisson [5-7]. À cet âge, aucun signe n'est spécifique, le tableau est peu évocateur et parfois déroutant, responsable de retard diagnostique et de prise en charge. Une antibiothérapie systématique pour d'autres motifs peut rendre difficile le diagnostic comme dans notre observation. Le diagnostic est rarement suspecté devant une tuméfaction inflammatoire au niveau de la fosse iliaque [1]. Devant toute attitude pseudoparalytique fébrile du membre inférieur chez un nourrisson avec un examen des articulations sous-jacentes normales, l'ostéoarthrite de la hanche est le premier diagnostic à évoquer. L'abcès du muscle psoas est exceptionnel à cet âge mais peut être responsable d'un tableau clinique similaire comme l'observation de notre patient. L'échographie de la hanche avec un balayage abdominal est l'examen de choix [7]. Elle permet de faire un diagnostic positif en objectivant la collection (échogénicité, cloisonnement, etc.), son origine, ses rapports avec les structures adjacentes. L'échographie permet égale-

ment de rechercher un épanchement au niveau de l'articulation coxofémorale. La radiographie du bassin est généralement normale à la phase aiguë comme dans l'observation de notre patient. Pour mieux cartographier la lésion, la tomodensitométrie trouve tout son intérêt en urgence [4]. Elle permet de planifier la stratégie de prise en charge chirurgicale en permettant de définir non seulement la voie d'abord mais aussi la nature du geste à réaliser [5,7,8]. Le *Staphylococcus aureus* est le germe le plus souvent isolé dans l'abcès primitif du muscle psoas. Ce germe était également retrouvé chez notre patient. La survenue d'infections bactériennes aussi rarissimes (otite) qu'inhabituelles et sévères (abcès du psoas) pendant les premiers mois de vie nécessite la réalisation d'un bilan de déficit immunitaire. Ce bilan de déficit immunitaire n'a pas pu être réalisé chez notre patient. Le traitement est essentiellement médical au stade de début par une bi-antibiothérapie parentérale visant le staphylocoque. En présence d'une petite collection, l'antibiothérapie adaptée en fonction des résultats des différents prélèvements suffit pour observer l'apyrexie et l'évolution est généralement favorable [2,4]. Au stade de collection, une antibiothérapie associée à un drainage sous guidage échographique sera tenté en premier lieu, tout comme chez l'adulte [9]. En cas d'échec de drainage percutané, l'intervention chirurgicale s'impose permettant une bonne évacuation du pus et la mise en place d'un système de drainage efficace tout en permettant d'éviter les récurrences [3,4]. L'évolution est généralement favorable sous antibiothérapie adaptée. Le pronostic est bon.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Ishibashi H, Oshio T, Sogami T, et al (2014) Iliopsoas abscess in an infant. *J Med Investig* 61:213–6
2. Karl A, Belet N, Danaci M, et al (2014) Iliopsoas abscess in children: report on five patients with a literature review. *Turk J Pediatr* 56:69–74
3. Han YM, Kim AY, Lim RK, et al (2015) Neonatal iliopsoas abscess: The first Korean case. *J Korean Med Sci* 30:1203
4. Rantomalala HY, Rakotoarisoa AJ, Rakotoarisoa B, et al (2005) The voluminous primitive psoas abscess in children: report of three cases. *Arch Pediatr* 12:102–4
5. Audia S, Martha B, Grappin M, et al (2006) Les abcès pyogènes secondaires du psoas : à propos de six cas et revue de la littérature. *Rev Med Interne* 27:828–35
6. Golli M, Hoeffel C, Belguith M, et al (1995) Primary psoas abscess in children: 6 cases. *Arch Pediatr* 2:143–6
7. Gharbi Y, Cherif M, Gharga T, et al (2012) Les abcès primitifs du psoas chez l'enfant. *Tunis Med* 90:479–83
8. Cantasdemir M, Kara B, Cebi D, et al (2003) Computed tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary iliopsoas abscesses. *Clin Radiol* 58:811–5
9. Mueller P, Ferrucci J, Wittenberg J, et al (1984) Iliopsoas abscess: treatment by CT-guided percutaneous catheter drainage. *Am J Roentgenol* 142:359–62