

Supérieur et de la Recherche
Scientifique

Un Peuple- Un But- Une Foi

Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako



U.S.T.T.B

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2017 – 2018

Thèse N° ____ /

THESE

**ETUDE DE L'ABCES DU PSOAS EN CHIRURGIE
GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le 08 /02/2018
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par M. Souley Sangaré
Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : Pr Tiema COULIBALY
MEMBRE : Dr Amadou MAIGA
CO - DIRECTEUR : Dr Madiassa KONATE
DIRECTEUR: Pr Lassana KANTE

DEDICACES

Je rends grâce :

A **Allah** le Tout puissant, le clément et le miséricordieux. Tout commence par lui et tout finit par lui. Je lui rends grâce de m'avoir donné la vie, le courage et la santé sans quoi ce travail n'aurait pas eu lieu.

Au prophète Mohamed (PSL): que la paix de Dieu soit sur lui

Je dédis ce travail à :

➤ **Mon père**

Cher Père, ce travail est le tien. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon.

Tu as été toujours un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et pour toute la famille.

Trouve dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Tes prières ne m'ont jamais fait défaut ainsi que tes encouragements, ton soutien moral, affectif et matériel.

Merci du fond du cœur car tu as été la clé de ma réussite.

➤ **Ma mère**

Très chère Maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné.

Je ne saurai oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte.

Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille.

Que le seigneur tout puissant te bénisse t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

➤ **Ma chère épouse Kariatou Sidibé**

Ce travail est le tien, qu'ALLAH te donne longue et heureuse vie, je suis fier de toi.

A mon Tonton« 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, Tonton.

Chers frères et sœurs merci pour vos soutiens, vos affections et respect à mon égard. Que le bon Dieu me donne le courage d'être reconnaissant envers vous, qu'il soit le garant de notre fraternité.

- **Mes Cousins et Cousines** : ainsi que tous les autres dont je n'ai pas pu cités les noms.

Ce travail est le votre

- **Mes Tantes et Tontons** :

Mes chers tontons et tantes merci pour vos conseils et affections à mon égard.

- **Mes amis (es)** :

- **Aux membres du CENTRE** :

REMERCIEMENTS

- **Aux Spécialistes en Chirurgie digestive** : Mon Maître Professeur Gangaly Diallo, Pr Adégné Togo, Pr Lassana Kanté, Dr Ibrahim Diakité, Pr Alhassane Traoré, Pr Bakary T. Dembélé, Pr Yacariya Coulibaly, Dr Madiassa Konaté, Dr Boubakar Karambé, Dr Amadou Traoré, Dr Amadou Bah, Dr Boubacar Yoro Sidibé, pour m'avoir encadré.

- **Aux D.E.S de chirurgie digestive et d'anesthésie réanimation**

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

- **Aux anciens thésards du service de chirurgie générale** :

- **Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale**

- **Mes amis de la faculté de médecine.**

- **Aux personnels infirmiers** : Koulou Diarra et équipe.

Merci d'avoir assuré les soins de mes patients.

- **Aux personnels du bloc opératoire.**

- **A Mme Diarra Awa Diakité** (la secrétaire), Mme Traoré Mata Kebé, Mlle Hawa Diakité. Merci pour votre compassion.

- **A mon équipe de garde** : Bagayoko A, Kamissoko Y, Koné O.

- Tous les étudiants de la **FMOS/FAPH**, bon courage et bonne chance.

- Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Tieman COULIBALY

- **Chirurgien orthopédique et traumatologue au CHU Gabriel Touré**
- **Maître de conférence à la F.M.O.S**
- **Chef de service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre maitre et juge

Dr Amadou MAIGA

- **Spécialiste en Chirurgie Générale au CHU Gabriel Touré**
- **Praticien Hospitalier au service de Chirurgie générale au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre du WACS (West African College of Surgeons)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**
- **Ex Organisateur des enseignements post universitaires à l'Hopital de Sikasso**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez acceptée de juger ce travail ne nous a guère surpris.

Votre rigueur dans le travail, votre professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et co-directeur

Dr Madiassa Konaté

- **Maître Assistant en Chirurgie générale du à la FMOS**
- **Praticien Hospitalier au Service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société Française de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société Africaine de Chirurgie Générale**
- **Membre de la Société Malienne de chirurgie Générale**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathieet, votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maîtreexemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Pr Lassana KANTE

- **Maître de Conférences Agrégé en Chirurgie Générale à la FMOS**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Spécialiste en Cancérologie Digestive**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**

Cher Maître

Honorable maître, nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique forge le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que le seigneur vous donne longue et heureuse vie

ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

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

n : nerf

NFS : Numération Formule Sanguine

PNB : Produit National Brut

r : rameau

UFR/SDS : Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé

USA : United States of America

v : veine

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement



SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	1
✚ OBJECTIFS	3
II- GENERALITES	4
III- MATERIEL ET METHODES.....	27
IV- RESULTATS.....	30
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	74
✚ CONCLUSION.....	109
✚ RECOMMANDATIONS.....	111
✚ ANNEXE	112

I. INTRODUCTION

L'abcès du psoas est une collection purulente dans le compartiment du muscle psoas [1]. En 1881, Mynter décrit le premier les abcès du psoas en les classant en forme primaire et en forme secondaire, selon le mécanisme physiopathologique [2] 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 [3]. Son incidence mondiale a été de 12 cas pour 100.000 par an en 1992, mais l'incidence actuelle est inconnue [4]. 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 [4].

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 [5].

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

-En mai 2012, Millogo K M [6] en 9 ans, au Burkina Fasso, a fait une étude rétrospective rapportant 20 cas d'abcès du psoas dont 12 primitifs et 8 secondaires avec une fréquence hospitalière de 7,8%.

-En 2016, au Maroc, sur 20 cas d'abcès du psoas rapportés par Ghita I. M. H [7] , 95% ont bénéficié avec succès de drainage percutané.

-Nobuhiro A. et coll. [8] au Japon en 2011 ont recensé 04 cas de décès sur 33 cas d'abcès de psoas, 19 cas de drainage percutané, 02 cas de chirurgie et drainage ouvert.

-Espagne, Alicante, Vicente N. L. et coll.[9] en 2009 ont rapporté une série de 124 cas d'abcès de psoas dont 27 cas d'abcès primaires et 97 cas d'abcès secondaires; les principales sources d'infection ont été le tractus gastro-intestinal (24,7%); les étiologie microbiologiques étaient le staphylococcus aureus (42,9%) E. coli et le Mycobacterium tuberculosis 15 cas parmi lesquels 4 étaient associés au VIH; avec 19 rechutes dont 06 décès

A notre connaissance en 2006, au Mali, Dr Diakité et coll. [10] avaient réalisé une étude sur 11 cas d'abcès du psoas au CHU du Gabriel Touré avec une fréquence hospitalière de 2,8; les taux de mortalité et morbidité nuls.

Dans le but d'améliorer cette première étude et avec l'augmentation du nombre d'abcès du psoas dans le service, nous avons initié cette étude avec les objectifs suivants:

OBJECTIFS

II. Objectifs

1. Objectif général.

Étudier l'abcès du psoas dans le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré .

2. Objectifs spécifiques.

- Déterminer la fréquence hospitalière
- Décrire les aspects étiologiques, cliniques ,
- Décrire les différentes modalités thérapeutiques
- Analyser les suites opératoires

III. GENERALITES

III. GENERALITES

1. DEFINITION

L'abcès du psoas est une collection de pus dans le compartiment du muscle psoas.

2. RAPPELS ANATOMIQUES

2.1. Les muscles et fascia de la région iliaque. [11]

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).

- le muscle petit psoas qui est un muscle inconstant.

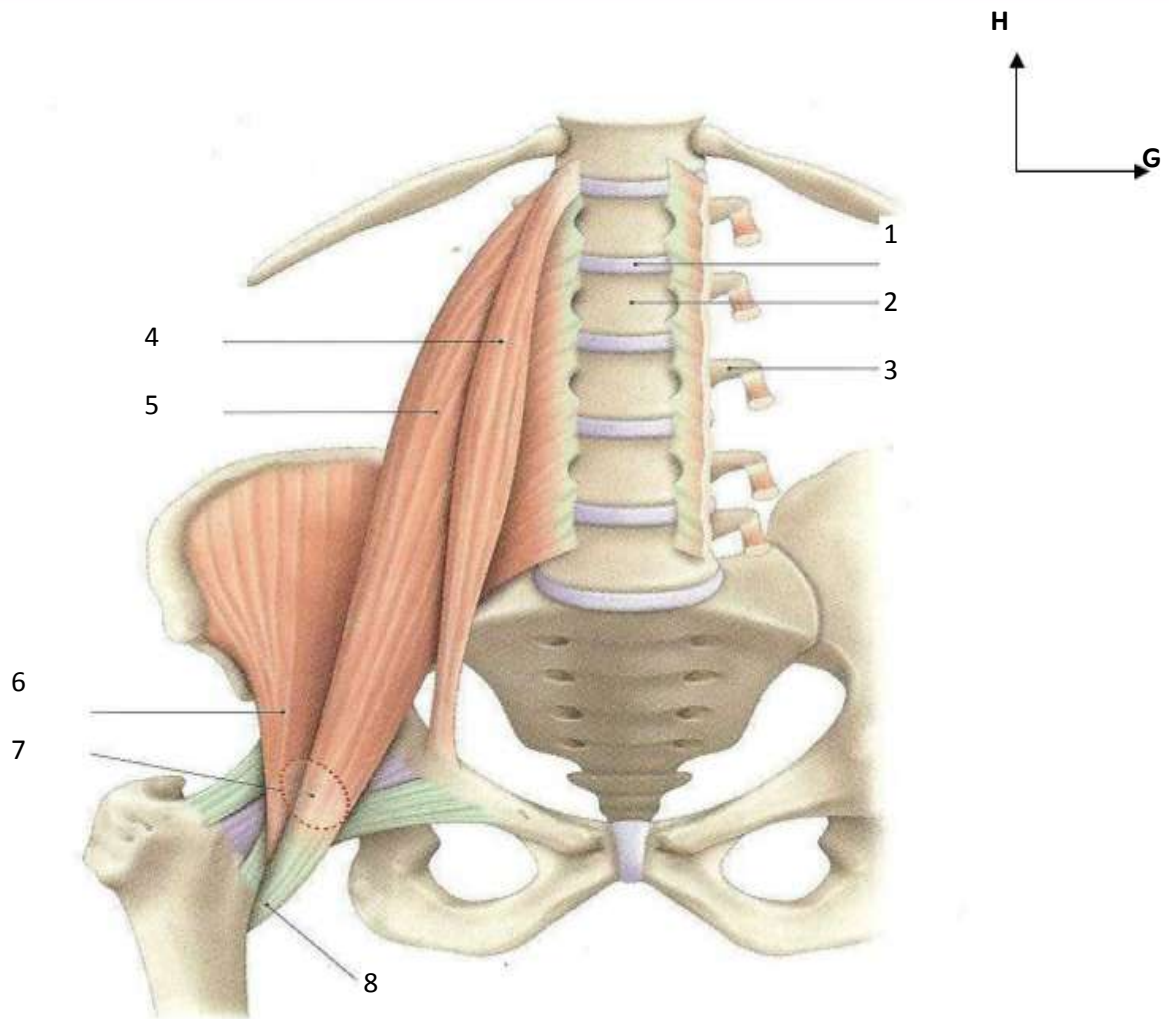


Figure 1 : Muscle Ilio-psoas (vue antérieure) [5]

- | | | | |
|----|-----------------------|----|---------------------|
| 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 |

2.1.1 Le muscle psoas-iliaque [13, 14]

- **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 (Iomaris 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.

2.1.1.1 Le muscle grand psoas : [11]

- **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.

2.1.1.2 Le muscle iliaque [11].

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: 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.

2.1.1.3. 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)

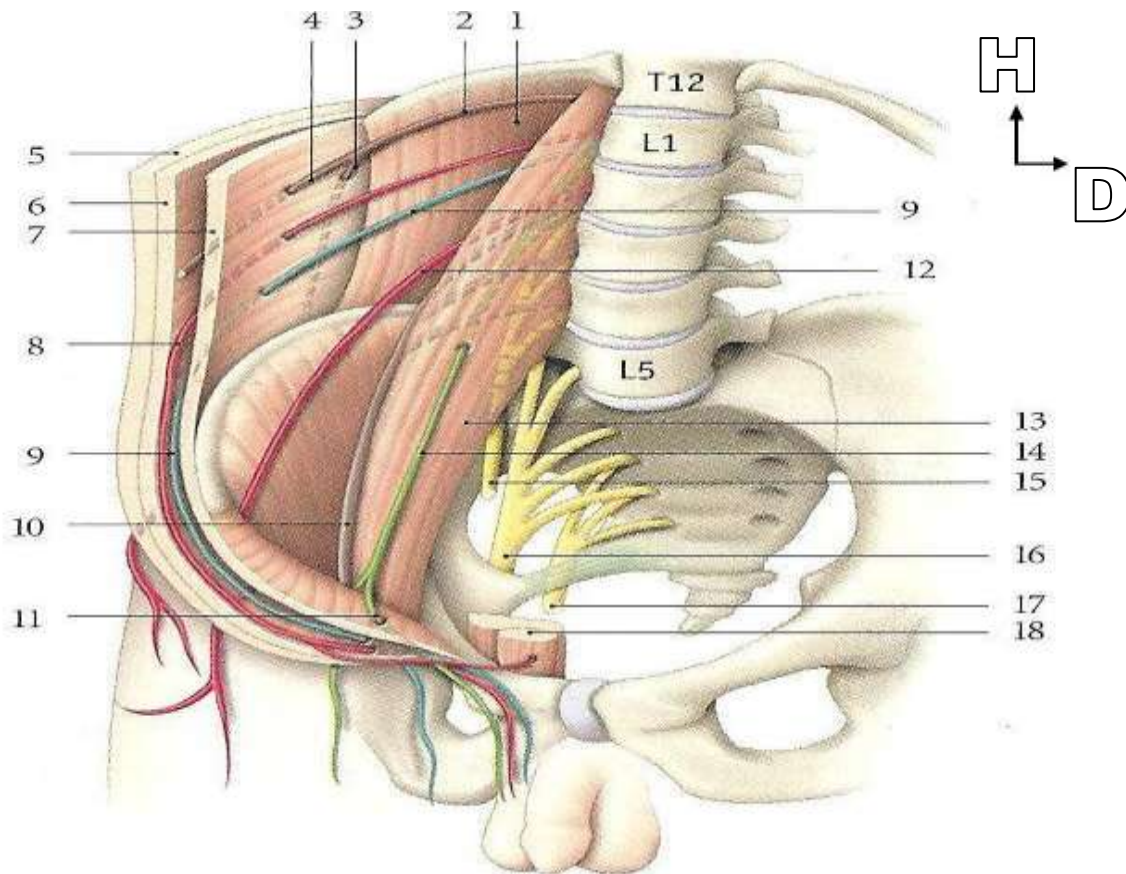


Figure 2 : Rapport nerveux du muscle psoas-iliaque (vue antéro-inférieur.)
[11]

(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

2.1.1.4. 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.

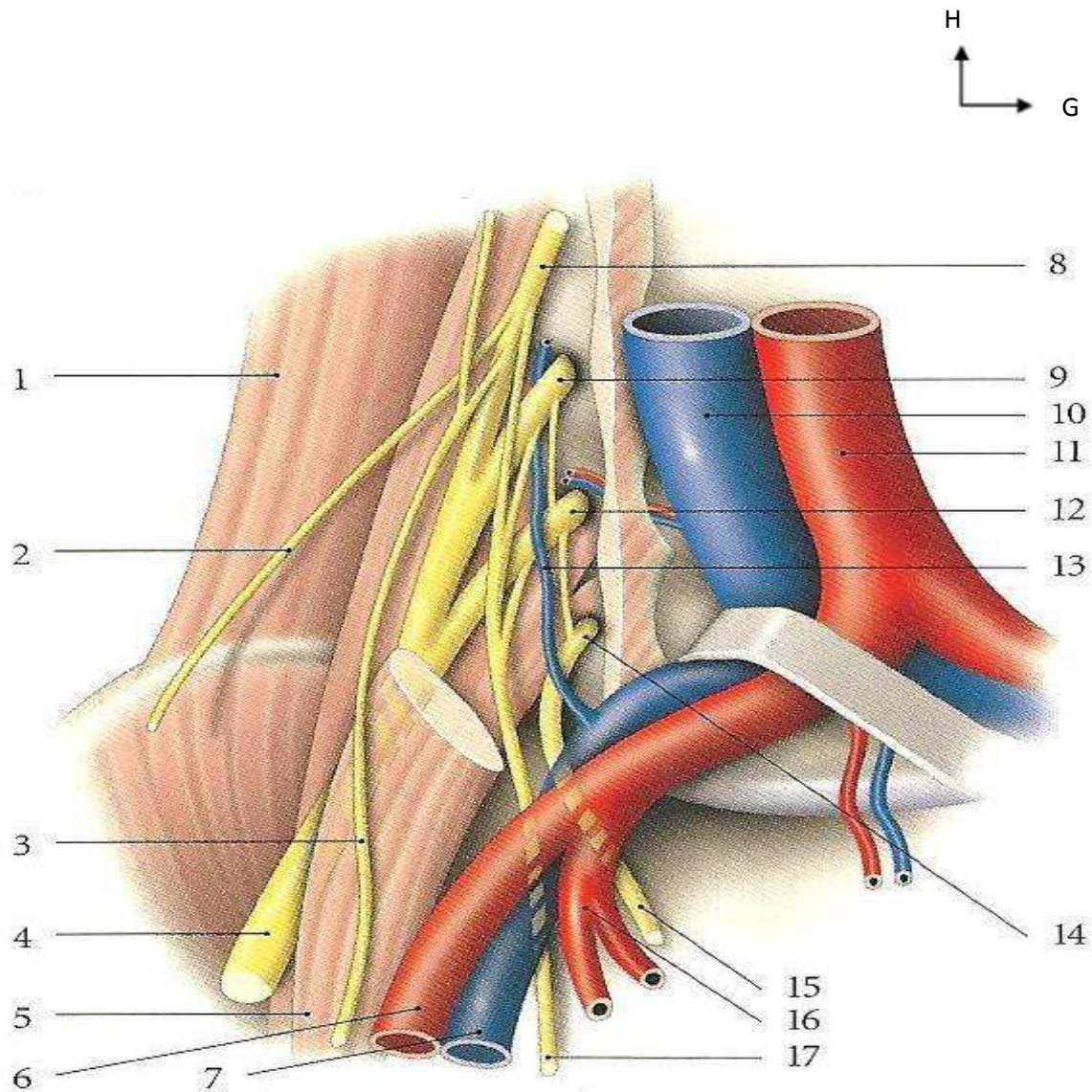


Figure 3 : Rapport vasculo-nerveux du muscle ilio-psoas dans la fosse ilio-lombaire [12]

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 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 |

2.1.1.5. 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.

2.1.2. Le muscle petit psoas [11]

- **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.

2.1.3. 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 épaississement, 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.

3. PHYSIOPATHOLOGIE DES ABCÈS DU PSOAS [13]

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 sur-infecter pour donner un abcès du psoas. L'ischémie avec nécrose d'une partie du psoas chez les hémoglobinopathes, peut se sur-infecter et donner un abcès du psoas.

3.1. 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

3.2. La composition du pus : [13]

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.

3.3. Pathogénie des abcès primitifs

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

Les facteurs étio-pathogéniques incriminés dans la survenue des abcès primitifs du psoas pourraient être [2, 6, 13]

- 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 [14].

Aucune de ces hypothèses n'a vraiment fait sa preuve [15].

3.4. Pathogénie des abcès secondaires

L'abcès secondaire survient par propagation d'une infection de contiguïté. 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].

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] :**

- 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.

3.5. Bactériologie : [1, 11]

3.5.1. 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.

3.5.2. 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.

4. DIAGNOSTIC

4.1. Diagnostic positif:

4.1.1. Clinique

4.1.1.1. Type de description: Abscès du psoas droit chez l'adulte de 55 ans

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

4.1.1.1.1. Signes fonctionnels [14]

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.

4.1.1.1.2. Signes généraux [13].

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.

4.1.1.1.3. Signes physiques [13].

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.

4.1.1.2. Formes cliniques

4.1.1.2.1. Formes anatomiques

Anatomiquement l'abcès du psoas peut être :

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

4.1.1.2.2. Formes selon l'étiologie

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

- **Appendicite rétro cœcale** 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**

4.1.1.2.3. 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.

4.1.1.2.4. 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.

4.1.1.3. 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 [15].

4.1.1.4. Imagerie

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

4.1.1.4.1. Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) incidence de face (patient debout). [16]



Figure 4 Cliché d'ASP montrant la présence de bulles latéro rachidiennes droites faisant suspecter l'existence d'une suppuration retro péritonéale

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

4.1.1.4.2. Echographie abdominale

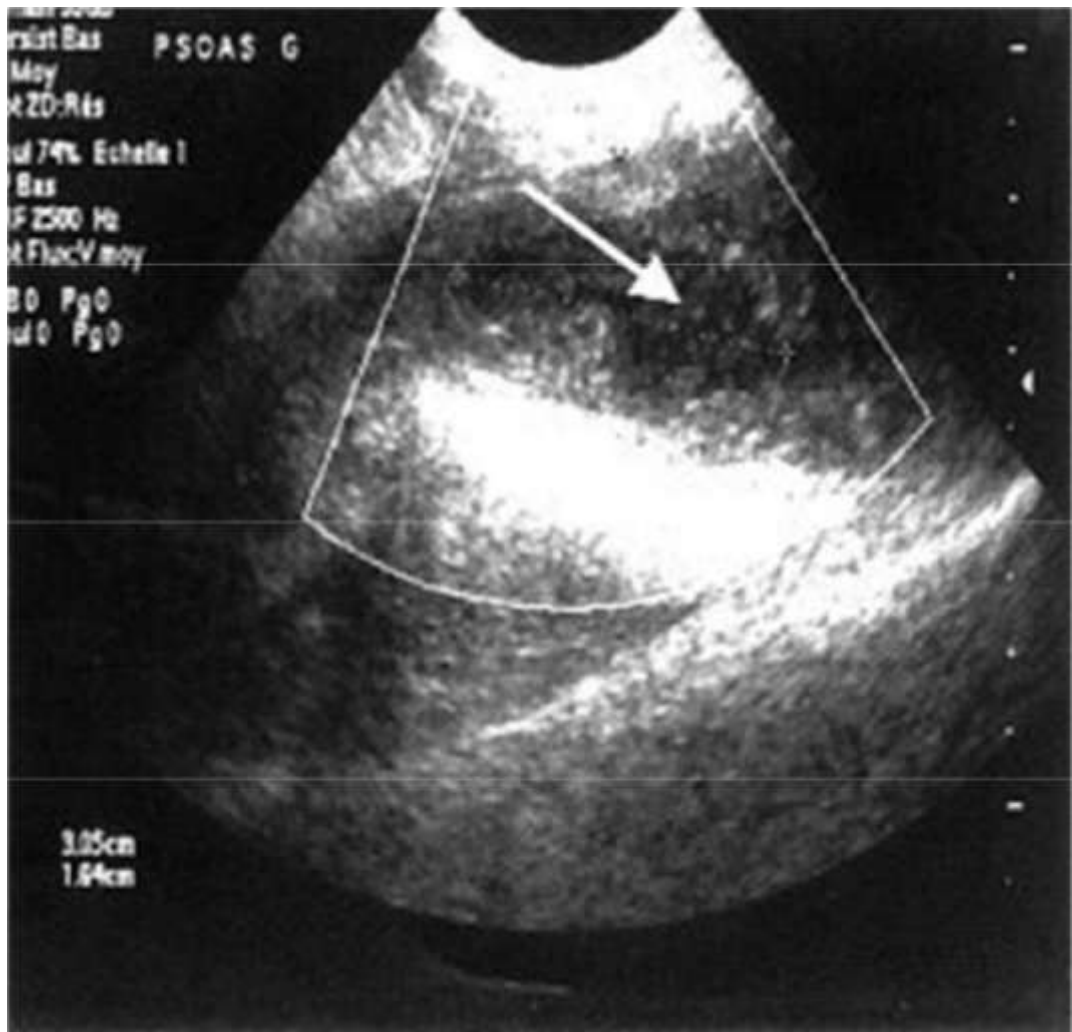


Figure5 : Echographie abdominale montrant une image de collection au niveau du muscle psoas gauche.

L'échographie est l'examen de base pour le diagnostic positif [15]. Elle a une spécificité de 40 % [17] et sa sensibilité est de 80 % [16]. L'aspect échographique dépend du stade de détection. À la phase pré-suppurative, le

psaos 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.

4.1.1.4.3. Tomodensitométrie abdominale (TDM)

L'examen TDM confirme les données échographiques : elle représente l'examen clef avec une spécificité de 95% [11]. 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 [18].

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].

4.1.1.4.4. 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].

4.1.1.4.5. 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 cytobactériologiques 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.

4.2. Diagnostic différentiel [17]

Il se pose essentiellement avec :

4.2.1. 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

4.2.2. La lymphadénite inguinale :

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

4.2.3. L'abcès pariétal :

L'échographie abdominale permet de poser le diagnostic.

4.2.4. L'abcès para-néphrétique :

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

4.2.5. 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.

4.2.6. 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.

4.2.7. 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 anévrysme 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.

5. Traitement

5.1. Buts du traitement

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

5.2. Moyens thérapeutiques.

5.2.1. 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 aérobies 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^e 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.

5.3.1.2. Traitement adjuvant [19]

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.

5.3.2. Le drainage percutané [13, 14]

5.3.2.1. 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.

5.3.2.2. 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.

5.3.3. Le drainage chirurgical [13,20]

5.3.3.1. 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^{ème} 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 [13].

5.4. Indications thérapeutiques

5.4.1. Antibiothérapie [18]

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)

5.4.1. Drainage percutané [13, 14]

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 multilobulaires, 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.

5.4.2. Drainage chirurgical [11, 21]

Le traitement chirurgical est actuellement réservé aux:

- ✓ échecs et complications du traitement percutané ;
- ✓ abcès d'accès difficile ;
- ✓ abcès multicloisonnés 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.

IV. METHODOLOGIE

IV.Méthodologie

1. Population et méthode

1.1. Type d'étude.

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive allant du **20 novembre 2007** au **24 août 2017** et portant sur les dossiers des patients ayant été reçus et opérés pour abcès du psoas dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Conformément à nos critères d'inclusion, nous avons recruté 30 patients adressés ou venus d'eux-mêmes.

1.2. Lieu d'étude.

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) Gabriel TOURE. Il est effectué dans ce service, des activités de chirurgie viscérale. C'est un service avec neuf (09) salles d'hospitalisation pour une capacité de 33 lits et un Bloc opératoire comportant trois (03) salles d'opération, une salle de réveil, une salle de stérilisation et une salle d'accueil et en fin trois (03) boxes de consultation ordinaire au niveau du bureau des entrées au premier étage situé dans l'aile droite du bâtiment vers le nord. Le service de chirurgie générale est un des services du Pavillon Bénitien FOFANA qui s'y trouve au sud ouest de CHU "Gabriel TOURE". C'est un service dirigé par un(01) Professeur titulaire en chirurgie viscérale ; deux (02) maîtres de conférences agrégés, deux (02) maîtres de conférences, six (06) chirurgiens praticiens hospitaliers. A cette liste s'ajoutent les DES, les internes des hôpitaux, les thésards, les étudiants stagiaires, le personnel infirmier et deux (02) techniciens de surface.

1.3. Matériel et méthode:

Nous avons réalisé une compilation de dossiers des malades recrutés au cours des urgences, en consultation externe et ayant été opérés pour l'abcès du psoas en chirurgie générale.

1.4. Population d'étude

-Critères d'inclusion :

Tous les malades opérés dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré pour abcès du psoas, pendant la période de l'étude.

-Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude tous les malades non opérés pour abcès du psoas, pendant la période de l'étude.

1.5. Sources de données :

Les données émanaient principalement :

- des dossiers des malades opérés,
- des registres d'hospitalisation,
- des registres consignants les comptes rendus opératoires,
- des fiches d'enquête individuelle.
- Variables étudiées : Age, sexe, ethnie, Profession, provenance, principale activité, nationalité, ...etc

1.6. Enquête: Variables étudiées

Une fiche d'enquête a été conçue à cet effet, les données ont été étudiées selon les aspects suivants : aspects épidémiologique, clinique, paraclinique, étiologique, thérapeutique et analyse des suites opératoires.

❖ Données épidémiologiques.

Les variables prises en compte 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 inférieur.

✓ **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 ;
- evla 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.

1.7. Considérations éthiques et déontologiques

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

La saisie des données a été faite sur Microsoft Word 2007 et l'analyse sur épi info version 6.0.

Test de probabilité : nous avons utilisé le test χ^2 avec un seuil de signification $P < 0.05$

1.8. 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.

V. RESULTATS

V. RESULTATS

1. Profil socio-démographique

1.1. Fréquence des abcès du psoas

Pendant la période d'étude ,nous avons recensé 30 cas d'abcès du psoas soit une moyenne annuelle de 3 cas et représentant 8,1% de l'ensemble des myosites au-cours de la même période d'étude.

1.2. Distribution selon l'année

Tableau I: Répartition des abcès psoas selon l'année

Années	Effectif /année	Pourcentage/année
2007	1	3,33
2008	2	6,67
2009	3	10
201	1	3,33
2011	1	3,33
2012	4	13,33
2013	6	20
2014	3	10
2015	5	16,68
2016	4	13,33
Total	30	100

20% des patients ont été recensé en 2013

1.3. Distribution selon l'âge

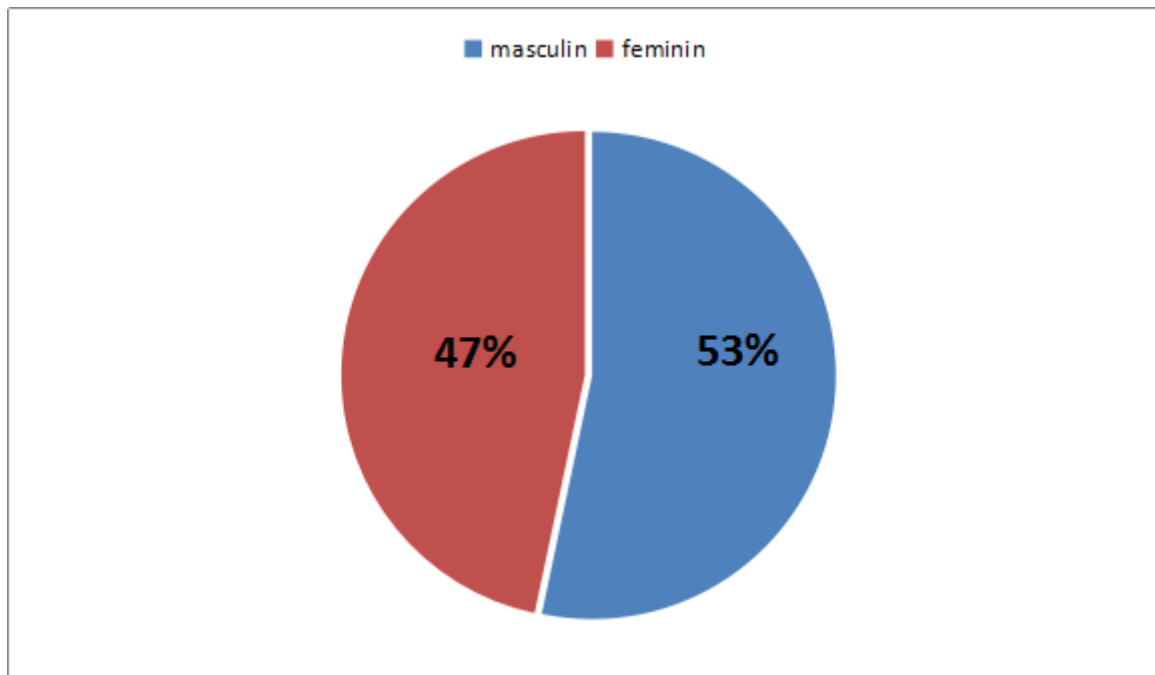
Tableau II : Répartition des abcès du psoas par tranche d'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
0-15	2	6,67
16-30	7	23,33
31-40	5	16,67
41-78	16	53,33
Total	30	100

L'âge moyen de nos patients était de 47,1 ans avec des extrêmes de 2 et 78 ans.
Les tranches d'âge de [41-78] et de [16-30] ont été les plus touchées.

III.1.4. Distribution des patients selon le sexe

..



Le sex-ratio était de 1,14

1.5. Statut professionnel

Tableau III : Répartition des patients selon le statut socioprofessionnel.

Profession	Effectif
Commerçant(e)s	3
Cultivateurs	8
Ménagères	5
Elèves/Etudiants	5
Fonctionnaires	2
Autres	7
Total	30

Dans notre série, les cultivateurs étaient la classe socioprofessionnelle la plus touchée (08 cas) suivis des autres: bouchers, éleveurs, réparateurs... (07 cas).

1.6. Provenance

Tableau IV: Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	18	60
Kayes	3	10
Koulikoro	3	10
Sikasso	5	16,67
Mopti	1	3,33
Total	30	100

Dix huit (18) patients provenaient de la ville de Bamako et des environs ; les douze (12) autres des provinces.

1.7. Mode d'entrée

Tableau V: Répartition des patients selon le mode d'entrée

Mode d'entrée	Nombre	Pourcentage
Référés	14	47
Adressés	11	37
Venus d'eux-mêmes	5	16
Total	30	100

1.8. Antécédents pathologiques

Tableau VI: Principaux antécédents pathologiques de nos patients

Antécédents	Nombre de patients
VIH	01
Tuberculose osseuse	05
Diabète sucré	02
Hématome post-traumatique du psoas	01
Abcès appendiculaires	02
Abcès de la parois	02
Insuffisance rénale	01
Sans antécédent	16
Total	30

Chez 16 patients, nous n'avons retrouvé aucun antécédent.

Des antécédents de tuberculose osseuse ont été retrouvés chez 05 patients d'où l'étiologie pourrait s'expliquer.

2. Aspects cliniques et paracliniques

2.1. Aspects cliniques

2.1.1. Répartition des patients selon le délai de consultation

Tableau VII : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation en jour	Nombre de patients
[00-06]	02
[07-14]	08
[15-21]	06
[22-29]	03
[30-60]	09
[61-90]	02
Total	30

Le délai moyen de 29 jours avec des extrêmes de 05 et 90 jours.

- 19 patients ont consulté en moins de 01 mois du début des symptômes.
- Les 11 autres ont consulté dans un délai supérieur à 01 mois.

2.1.2 Les signes fonctionnels

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Nombre de patients (n)
Douleur	30
Psoïtis	18
Fistulisation à la peau	02
Anorexie	06
Constipation	08
Vomissement	04
Signes urinaires	03

- Le psoïtis ou signe du psoas a été retrouvé dans 18 cas sur 30. Il s'agissait d'une attitude antalgique se traduisant par une discrète flexion, rotation externe de la hanche.

- Dans notre série, 02 patients ont 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.

- Une notion de constipation a été notée chez 08 patient et de vomissements chez 04 de nos patients.

- L'anorexie a été rapportée dans 06 cas.

- Les signes urinaires tels que la pollakiurie et les brûlures mictionnelles ont été retrouvées chez 03 patients.

2.1.2.1. Siège de la douleur

La douleur était présente chez tous nos 30 patients.

Tableau IX: Répartition des patients selon le siège de la douleur

Siège de la douleur	Nombre	Pourcentage
Lombaire droit	11	37
Lombaire gauche	07	23
Flanc droit	04	13
Flanc gauche	03	10
Fosse iliaque droite	02	7
Fosse iliaque gauche	03	10
Total	30	100

La douleur siégeait au niveau lombaire dans 18 cas : précisément dans 11 cas au niveau lombaire droit et au niveau lombaire gauche dans 7 cas.

- Chez 03 patients, la douleur était localisée au niveau du flanc gauche et dans 04 cas, elle siégeait au flanc droit.
- Dans 02 cas, la douleur siégeait dans la FID, dans 03 cas, FIG que les débutants confondent avec une appendicite.

2.1.2.2. Début de la douleur

Tableau X: Répartition des patients selon le début de la douleur

Début de la douleur	Nombre	Pourcentage
Progressif	20	67%
Brutal	10	33%
Total	30	100%

Le début de la douleur a été progressif chez la plupart de nos patients (67%).

2.1.2.3 Type de la douleur

Tableau XI: Répartition des patients selon le type de la douleur

Type de la douleur	Nombre	Pourcentage
Piqûre	26	87%
Picotement	04	13%
Total	30	100%

La douleur à type de piqûre a été rencontrée chez 87% de nos patients.

2.1.2.4 Périodicité de la douleur

Tableau XII: Répartition des patients selon la périodicité de la douleur

Périodicité de la douleur	Nombre	Pourcentage
Sans périodicité	23	77%
Nocturne	07	23%
Total	30	100%

Dans 77% des cas il n'y avait pas de périodicité.

2.1.2.5. Irradiation de la douleur:

Tableau XIII: Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur

Irradiation de la douleur	Nombre	Pourcentage
Sans irradiation	10	33
Flanc droit	05	17
Flanc gauche	04	13
Membres inférieurs	07	24
Dos	04	13
Total	30	100

Il n'y avait pas une irradiation de la douleur dans 33% des cas.

2.1.2.6. Facteurs calmant et déclenchant

Tableau XIV: Répartition des patients selon les facteurs calmant et déclenchant

Facteurs calmant et déclenchant de la douleur	Nombre	Pourcentage
Facteurs déclenchant	17	57%
Facteurs calmant	08	27%
Sans facteurs	05	16%
Total	30	100%

2.1.2.7 Intensité de la douleur

Tableau XV: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur

Intensité de la douleur	Nombre	Pourcentage
Forte	18	60%
Modérée	12	40%
Total	30	100%

Dans notre étude, 60% de nos patients avaient une douleur d'intensité forte.

2.1.2.8. Durée de la douleur

Tableau XVI: Répartition des patients selon la durée de la douleur

Durée de la douleur	Nombre	Pourcentage
Intermittente	23	77%
Permanente	07	23%
Total	30	100%

La douleur était intermittente chez 77% des patients de notre étude.

2.1.3. Signes généraux

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction des signes généraux

Signes généraux	Nombre	Pourcentage
Fièvre	22	73
Altération état général	05	17
Pâleur conjonctivale	13	43

La fièvre était le principal signe général constant rapporté dans la plupart de nos observations soit 22 cas sur 30.

- 22 patients avaient une température comprise entre 37,8 et 39 degrés Celsius.
- Chez 08 patients, la température était normale à 37,2 degrés Celsius.
- - L'altération de l'état général a été retrouvée chez 05 patients.
- - Une pâleur conjonctivale a été notée dans 13 cas.

□

2.1.4. Signes physiques

2.1.4.1. Tuméfaction abdominale renitente et douloureuse

Tableau XVIII: Répartition en fonction des sièges de la tuméfaction

Siège de la tuméfaction	Nombre	Pourcentage
Lombaire	12	40
Flanc	02	07
iliaque	03	10
Empâtement de la fosse iliaque ou lombaire	13	43
Total	30	100

Chez 17 patients, l'examen physique a retrouvé une tuméfaction rénitente et douloureuse du flanc : celle-ci siégeait préférentiellement au niveau lombaire dans 12 cas ; dans 03 cas, elle siégeait au niveau iliaque et dans 02 autres cas au niveau du flanc.

Chez 13 autres patients, on a retrouvé un abdomen sensible avec empâtement de la fosse iliaque ou lombaire.

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

- Dix huit (18) cas où l'abcès était localisé du côté droit ;
- Douze (12) localisations du côté gauche ;
- aucune localisation bilatérale n'a été notée.

2.1.4.4. Répartition des patients selon le type d'abcès

Nous avons recensé :

- Vingt cinq (25) cas d'abcès chauds
- Cinq (05) cas d'abcès froids (BK)

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 25 de nos patients.

2.2. Aspects paracliniques

2.2.1. Données biologiques

2.2.1.1. La Numération Formule Sanguine (NFS)

Vingt deux (22) patients ont bénéficié d'une Numération Formule Sanguine (NFS).

- Dix-huit (18) patients ont présenté une hyperleucocytose dont les valeurs étaient comprises entre 12700 et 27003 élément / mm³.
- Une anémie microcytaire hypochrome était présente chez 15 patients.

2.2.1.2. La Vitesse de Sédimentation (VS) et CRP

La VS a été réalisée chez 20 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.

Dans notre étude neuf (9) patients ont bénéficié d'un dosage CRP et sa valeur était très élevée: 97 à 143 mg/l

2.2.1.3. Bactériologie du pus.

Les prélèvements de pus ont été effectués chez tous nos 30 patients lors du drainage.

2.2.1.3.1. Aspects macroscopiques du pus.

L'aspect « pus jaunâtre » était notifié dans 17 cas dont 13 cas avaient une odeur malodorante. L'aspect « pus jaunâtre chocolaté » a été retrouvé 13 fois et était malodorante.

2.2.1.3.2. Aspect microscopique du pus.

L'examen direct et/ou la culture du pus prélevé ont été réalisés dans les 30 cas. La culture était stérile dans 09 cas

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction des germes isolés

Germes isolés	Nombre (n)	Pourcentage
Staphylococcus auréus	10	33
Mucobacterium tuberculosis (BK)	05	17
E. Coli	04	13
P. Mirabilis+Enterobacter cloacae	02	7
Culture sterile	09	30
Totale	30	100

- L'analyse bactériologique du pus a permis d'isoler au moins un germe dans 21 cas. Le pus était mono-microbien dans 19 cas et bi-microbien dans 02 cas.

- Le *Staphylococcus aureus* était le germe le plus rencontré dans 10 cas sur 21.

2.2.1.4. Autres examens biologiques

- **La créatininémie :**

✓ La créatininémie était normale chez 29 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 du POINTG.

- **La glycémie**

✓ La glycémie était normale chez 28 patients.

✓ Une hyperglycémie de 7,9 mmol/l et 8,3 mmol/l a été retrouvée chez 02 patients

- **La sérologie VIH est revenue positive chez 01 patient**

- **L'Intra-Dermo-Reaction (IDR) à la tuberculine a été positive chez 05 patients chez qui le traitement étiologique a été fait et les suites ont été simples.**

2.2.2. Imagerie

2.2.2.1. Cliché d'abdomen sans préparation (ASP)

L'ASP a été réalisé chez 12 patients:

Chez 07/12 patients, on notait une scoliose antalgique avec un effacement du bord externe du psoas parmi lesquels 02 avaient des lésions osseuses de spondylodiscite.

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 22 patients en précisant le siège, la taille 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 19 cas et dans 03 cas, il s'étendait du grand psoas au muscle iliaque homo-latéral.

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 (01) cas et de la parois(01) cas.

2.2.2.3. Tomodensitométrie abdominale (TDM)

Dans notre série, six (06) patients ont bénéficié d'une TDM.

L'abcès était unique chez chacun des six (06) 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 05 patients;
- ✓ Hématome post traumatique du muscle grand psoas chez 01 patient.

2.2.2.4. Diamètre des abcès

Le diamètre échographique et scannographique des abcès variait de 45 à 300 mm avec une moyenne de 98,75 mm.

3. Aspects étiologiques

3.1. Les foyers primitifs infectieux

Tableau XX: Répartition des abcès du psoas selon l'étiologie

Foyer primitif	Nombre de patients (n)	Pourcentage
Idiopathique	16	53
Tuberculose osseuse	05	17
Abcès appendiculaire	02	07
Abcès de la parois	02	07
Diabète sucré	02	07
VIH	01	3
Hématome post traumatique du psoas	01	3
Pyelonéphrite	01	3
Total	30	100

Chez 16 patients, aucune cause n'a été retrouvée.

La tuberculose osseuse a été le foyer primitif le plus fréquent avec 05 cas.

Tableau XXI: Répartition des abcès primitifs et secondaires selon la localisation

Diagnostic final	Nombre de patients (n)
Abcès primitifs du psoas droit	12
Abcès primitifs du psoas gauche	4
Abcès secondaires du psoas droit	9
Abcès secondaires du psoas gauche	5
Total	30

Nous avons relevé 16 cas d'abcès primitifs et 14 cas d'abcès secondaires. La localisation préférentielle était au niveau du muscle psoas droit dans 21 cas.

4. Aspects thérapeutiques

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 14 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.

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.

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 18 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 08 patients, la voie d'abord était iliaque type Mac Burney dont 04 en trans-péritonéales et 04 en rétro-péritonéales. Les foyers primitifs retrouvés à l'ouverture du péritoine étaient des abcès appendiculaires dans 01 cas. L'ouverture du fascia du muscle a permis d'aspirer le pus et de poser un drainage par 2 lames de Delbet (Voie de référence)
- ✓ Chez 04 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 un abcès de la paroi dans 02 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 (immunodéprimé)

□ **Le traitement des foyers primitifs :**

Il a consisté en une appendicectomie dans 02 cas, une mise à plat de l'abcès de la paroi dans 02 cas.

5. Evolution et complications

5.1. Les suites opératoires

Dans les suites post-opératoires, 13 patients ont présenté 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 (09) patients ont présenté une hyperthermie après la normalisation de la température. Cette hyperthermie a été traitée par les antipyrétiques et antipaludéens.
- ✓ Chez 03 autres patients il s'agissait de suppuration de paroi. Ces suppurations ont été traitées par des soins locaux à base d'antiseptique.
- ✓ Dans 17 cas les suites opératoires ont été simples.

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

5.2. Mortalité

Dans notre étude, 01 patient est décédé à J45 post opératoire dans un tableau de détresse respiratoire.

5.3. Durée du séjour hospitalier

Tableau XXII: Répartition des patients selon la durée du séjour hospitalier

Durée de séjour hospitalier en jour	Nombre (n)
[0-7]	17
[8-15]	05
[16-23]	04
[24-31]	02
[32-39]	02
[40-47]	01
Total	30

La durée moyenne de séjour hospitalier est de 14,65 jours avec des extrêmes allant de 6 à 45 jours

VI. COMMENTAIRES/DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES / DISCUSSION

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 tiers (1/3) 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.

2. Aspects sociodémographiques

2.1. Fréquence

Tableau XXIII : Moyenne annuelle/auteurs

Auteurs	Moyenne annuelle	P
Millogo K.M. Burkina [25]	02	1,0000
Diakité Mali [12]	02,8	1,0000
Audia France [23]	06	0,2790
Baskent Turquie [24]	03,8	0,6827
Notre étude	03	

La fréquence annuelle d'abcès psoas dans notre étude a été de 03 cas par ans.

Cette fréquence ne diffère pas significativement de celle de tous les auteurs du tableau ci-dessus [12 ; 23 ; 24] avec un $P > 0,05$.

Dans notre étude nous avons retrouvé une prédominance des abcès primaires du psoas par rapport au abcès secondaire du psoas.

La prédominance des abcès primaires du psoas au Mali 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.

2.2. Age

Tableau XXIV : Age/auteurs

Age Auteurs	Age moyen	P
Manass, Maroc [26]	42	0,5693
Diakité, Mali, [12]	32	0,0425
Audia, France,[23]	58	0,1566
Mitsuhiro K. Japon [15]	62,8	0,0327
Notre étude	47,1	

L'âge moyen de nos patients a été de 47,1 ans sans différence statistique avec les séries française et marocaine (58 ans et 42 ans) [23 ; 26] avec un $P > 0,05$.

Par contre, il est inférieur à celui de la série japonaise (62,8 ans) [15] et supérieur à celui de Diakité au Mali (32 ans) [12] avec une différence statistique de $P < 0,05$.

Cette tendance jeune de nos patients peut s'expliquer par deux raisons :

- ✓ Dans notre contexte, les personnes âgées consultent rarement les centres de santé ;

En effet selon une étude réalisée au Mali en 2012 EDSM V **46,6%** de la population est âgée de moins de **15 ans**. Cependant les enfants de moins de **19 ans (0-18 ans)** représentaient **55%** de la population. [41].

2.3. Le sexe

Tableau XXV : Sexe/auteurs

Auteurs	Sex-ratio	P
Diakité, Mali,[12]	4.5	0,2114
Millogo Burkina F.	1.5	1,0000
Ming Taiwan [5]	0.52	1,0000
Bharat Inde[1]	2.62	0,6212
Mitsuhiro K. Japon [15]	6	0,1184
Notre étude	1.14	

Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,14.

Ce taux ne diffère pas significativement avec ceux de tous les auteurs du tableau ci-dessus (0,52 à 4,5) [1 ; 5 ; 12 ; 15 ; 25]

La prédominance masculine reste encore inexplicée dans la littérature.
Le sexe ne semble pas être un facteur favorisant sur la survenue de l'abcès du psoas.

2.5. Antécédents

Tableau XXVI: Antécédents/auteurs

Auteurs	Millogo BF	Diakite Mali	Manass Maroc	Notre étude
ATCD	[25] (%)	[12] (%)	[26] (%)	(%)
VIH	01 (5) P=0,7209	01 (9) P= 0,1337	01 (6) P= 0,4976	01 (3,33)
Diabète sucré	-	-	02 (12,5) P= 0,3349	02 (6,67)
Mal de pott	02 (10) P= 0,2139	-	03 (18,75) P= 0,8542	05 (16,67)
IR/hémodialyse	01 (10) P= 0,0818	-	-	01 (3,33)
Drépanocytose	01 (10) P= 0,0818	01 (9) P= 0,1337	01 (6) P= 0,4976	01 (3,33)
Sans ATCD	16 (80) P= 0,0539	08 (72,72) P= 0,4405	09 (56,25) P= 0 ,1459	20 (66,67)

La tuberculose semblerait être le premier antécédent associé à l'abcès secondaire du psoas selon la littérature [3].

Dans notre série nous avons retrouvé 16,67% d'antécédent de tuberculose sans différence statistique avec ceux des séries burkinabé et marocaine (10% et 18,75%) [25 ; 26] $P > 0,05$.

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.

Dans notre étude, 0,33% des patients ayant un abcès primitif du psoas était connu porteur du VIH. Cette faible fréquence a été retrouvée dans les séries burkinabè, malienne et marocaine (5%, 6%, 9%) [12 ; 25 ; 26]. $P > 0,05$. Ces résultats semblent être minimisés car la recherche du VIH n'a pas été systématiquement faite chez nos patients à leur admission.

3. Diagnostic de l'abcès du psoas

3.1. Diagnostic clinique

3.1.1. Délai de consultation

Tableau XXVII : Délai de consultation/auteurs

Auteurs	Délai moyen de consultation en jour	P
Manass, Maroc, [26]	55	0,0001
Millogo Burkina Faso [25]	29	0,8947
Tlijani, Tunisie [5]	15	0,0553
Audia, France [23]	21	0,4079
Notre étude	27	

La durée moyenne d'évolution des symptômes a été de 27 jours dans notre étude. Ce résultat ne diffère pas statistiquement de ceux des auteurs africains et française (15 à 29 jours) [5 ; 23 ; 25]. $P > 0,05$

Par contre il existe une différence statistique de $P = 0,0001$ avec la série marocaine (55 jours) [26].

Cette différence pourrait être s'expliquée par le retard de consultation en structure sanitaire spécialisée.

3.1.2. Signes fonctionnels.

❖ La douleur

La douleur a été retrouvée chez 100% de nos patients. Elle siégeait dans 18 cas au niveau lombaire, dans 08 cas au niveau iliaque et 04 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.

Ce même constat a été fait par Manass [26] qui notait dans sa série la présence de la douleur dans 16 cas sur 16.

❖ Impotence fonctionnelle du membre inférieur

Retrouvée chez 13 patients sur 30, l'impotence fonctionnelle du membre inférieur était localisée à droite dans 08 cas et à gauche dans 05 cas. Plusieurs auteurs ont rapporté cette notion dans leurs travaux [12, 17, 25]. D'après Smida [27], l'impotence fonctionnelle du membre inférieur a toujours été le motif de consultation. chez 13 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) [11].

❖ Fistulisation spontanée à la peau

Un seul patient a présenté une suppuration superficielle sur 30 cas. Ce signe a été décrit par d'autres auteurs. Ainsi donc, Millogo K M et coll. [25], ont décrit dans leur série 01 cas de fistulisation à la peau sur 20 cas d'abcès du psoas.

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**

Les 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. Ces mêmes signes fonctionnels ont été rapportés à des degrés différents par plusieurs auteurs [11, 13, 21, 25].

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

3.1.3. Signes généraux

Altération de l'état général

Tableau XXVIII : Altération de l'état général/auteurs

Auteurs	Altération de l'état général n(%)	P
Diakitè, Mali,[12]	02 (18,18)	0,0007
Millogo [25]	02 (20)	0,0002
Ghita I. M. H. Maroc [28]	20 (100)	0,0001
Audia, France [23]	01 (16,67)	0,0002
Notre étude	08 (26,67)	

Dans notre étude, l'état général a été retrouvée dans 26,67%. Ce résultat diffère avec tous les auteurs du tableau ci-dessus (16,67% à 100%) [12 ; 23 ; 25 ; 28].
P<0,05

Cette différence pourrait due par le retard de consultation.

. La fièvre :

La fièvre est le principal signe général retrouvé chez la quasi-totalité de nos patients, soit 24 cas sur 30, avec une température entre 37°8 et 38°C. Chez 06 de nos patients la température était normale à l'admission. Ces derniers avaient reçu un traitement antérieur à base de paracétamol. Nos résultats sont superposables à ceux des séries africaines du Maroc [26] et du Burkina [25] qui

ont noté respectivement la présence de fièvre dans 16 cas sur 16 patients et 19 cas sur 20. Audia [23], a également noté la présence de fièvre chez la totalité des 17 patients sur 17 de leur série.

3.1.4. Signes physiques.

Tableau XXIX: Signes physiques/auteurs

Auteurs	Masse abdominale rénitente	Psoïtis
Tlijani, Tunisie [5]	3 (4,8) P= 0,0001	45 (72,6) P= 0,0471
Millogo Burkina Faso [25]	13 (65) P= 0,1357	07(35) P= 0,0001
Ghita, Maroc [28]	14 (70) P= 0,8971	20 (100) P= 0,0001
Diakité, Mali [12]	08 (72,73) P= 1,0000	11 (100) P= 0,0001
Notre étude	22 (73,33)	18 (60)

La masse abdominale rénitente et douloureuse siégeant au niveau iliaque ou lombaire a été retrouvée dans 73,33% chez nos malades. Cette proportion ne diffère pas de ceux de la série malienne, marocaine et sénégalaise (72,73% ; 70% ; 65%) [12 ; 25 ; 28] P>0,05 excepté la série Tunisienne (4,8%) [5] avec une différence de p=0,0001.

Cette pourraient s'expliquer par la longue évolution des symptômes ce qui favoriserait la formation d'abcès de grande taille.

Par contre le taux de psoïtis est de 60%. Ce taux diffère statistiquement de ceux de tous les auteurs du tableau ci-dessus P>0,05.

3.2. Diagnostic paraclinique

3.2.1. Données biologiques

. Hémogramme

Tableau XXX: Résultats hémogramme/auteurs

Auteurs	Anémie	Hyperleucocytose	Protéine C réactive élevée	P
Diakité, Mali,[12]	08 (72,73) P=0,0258	11 (100) P= 0,0001	-	
Millogo K. M.[25]	11 (55) P= 0,6687	17 (85) P= 0,0553	20 (100) P= 0,0598	
Manass,Maroc[26]	08 (50) P=	16 (100) P= 0,0001	16 (100) P= 0,0598	
Audia,France[3]	04 (66,67) 0,01456	05 (83,33) 0,1238	06 (100) P= 0,0598	
Notre étude	17 (56,67)	22 (73,33)	30 (100)	

L'hyperleucocytose a été retrouvée chez nos patients avec un taux de 73,33%
Avec un nombre de globules blancs allant de 12700 à 27003 éléments/mm³.

Ce taux ne diffère à ceux de la série burkinabè et française (83,33% et 85%)[3 ; 25], P<0,05

L'anémie inflammatoire ainsi que l'élévation de la protéine C réactive a été retrouvé respectivement (56,67% et 100%).

. Vitesse de Sédimentation (VS)

Dans la plupart de la littérature revue, la VS est un paramètre constamment accélérée au cours des abcès du psoas [11, 25]. Dans la série marocaine [26] la VS était accélérée chez tous les patients avec des valeurs allant de 25 à 100 mm à la 1^{ère} heure tout comme la série burkinabè où 18 patients avaient une VS accélérée allant de 27 à 100 mm à la 1^{ère} heure. Nos résultats sont donc similaires à ceux de la littérature.

. Hémo-culture

Cet examen n'a pas été retrouvé dans les observations recensées.

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].

Diakité [12] 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 (surtout l'atteinte osseuse)

Nous avons trouvé seulement 8 patients ayant bénéficié de cet examen qui a noté un effacement du bord externe du psoas avec une scoliose antalgique dans 03 cas et des lésions osseuses de spondylodiscite dans 05 cas.

. Echographie abdominale

L'échographie a été réalisée chez tous nos patients. Elle a permis de confirmer le diagnostic en montrant une masse hypoéchogène ou hétérogène dans 25 cas sur 30 et est restée non concluant dans 05 cas. Le rôle de l'échographie dans le diagnostic positif des abcès du psoas est bien démontré dans la littérature [1,13, 21, 22, 25]. L'échographie a contribué au diagnostic dans 25 cas sur 30. La série marocaine [26] trouvait que l'échographie avait contribué au diagnostic dans 14 cas sur 16 (87%). D'autre part, au Burkina [25] l'échographie avait permis de poser le diagnostic chez 17 patients sur 20.

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 radiologue ;

- 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 (2 cas d'abcès appendiculaires, 01 cas de pyélonéphrite aiguë, 01 cas d'abcès de la paroi). Dans la série de Diakité [12], 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 05 de nos patients en vue d'établir le diagnostic positif et de rechercher un éventuel foyer infectieux primitif. Pour 03 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 05 cas sur 05 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 du Burkina [25] et du Maroc [26] qui trouvaient respectivement que la TDM a permis de poser le diagnostic dans 100% et 95% des cas dans leur série. 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 05 cas qui seraient probablement à l'origine d'abcès secondaires du psoas.

Malgré son efficacité diagnostique, cet examen n'a été réalisé que chez 05 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 [22, 24, 25], 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 trop cher au Mali n'a été réalisé chez aucun de nos patients.

IV.3.3. Aspects étiologiques

Nous avons pu recenser 16 cas d'abcès primitifs du psoas et 14 secondaires sur un total de 30 patients. Cette prédominance des abcès primitifs du psoas a été retrouvée dans la plupart des séries africaines: Maroc [26] 16 cas soit 10 cas d'abcès primitif du psoas (62%) contre 06 cas secondaires (38%); Burkina [25] même constat soit 12 cas d'abcès du psoas primitifs et 08 cas secondaires.

Par contre ils sont différents de ceux des séries européennes et asiatiques. Ming-Shun Hsieh et col. en Taiwan [8] trouvaient 21 cas (24%) d'abcès primaires et 67 cas (76%) d'abcès secondaires.

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 tuberculeuses. Sur 16 foyers primitifs retrouvés, 05 cas étaient d'origine tuberculeuse.

L'étiologie appendiculaire dans notre série a été retrouvée dans 02 cas : chez 01 de ces patients, l'abcès du psoas faisait suite à un plastron appendiculaire traité en ambulatoire par des antibiotiques. Chez l'autre patient, il s'agissait d'un abcès appendiculaire; 03 étiologies appendiculaires dans une série de 20 cas ont été décrites dans la série burkinabé.

La tumeur du colon, de l'utérus, le Mal de Pott, 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.

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

- **Les étiologies ostéo-articulaires**

Dans notre série, 05 cas de spondylodiscite infectieuse ont été notés. Il s'agissait de spondylodiscites tuberculeuses dont un cas était développé 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.

Cette étiologie tuberculeuse a été mentionnée par Manass [26] au Maroc qui trouvait respectivement 02 cas de spondylodiscites tuberculeux sur 6 étiologies retrouvées.

- **Les étiologies ganglionnaires rétropéritonéales**

L'atteinte du muscle psoas peut se faire à partir d'une infection des ganglions retro péritonéaux. Dans notre série nous n'avons pas trouvé d'abcès du psoas secondaire à une tuberculose ganglionnaire rétropéritonéale. Manass [26] notait 02 cas de tuberculose ganglionnaire rétropéritonéale.

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

3.4. Les germes

Les germes les plus fréquemment rencontrés étaient le staphylocoque dans 10 cas.

Dans la plupart des séries de la littérature, l'agent infectieux le plus fréquemment incriminé dans les abcès du psoas est le staphylocoque. En effet, Manass et col. [26] au Maroc, ont isolé le Staphylocoque auréus chez 07 de leurs patients (44%). Aussi les séries européennes publiées incriminent principalement ce même germe. Audia [4] en France avait isolé le Staphylococcus aureus dans 04 cas (66%).

Le Mycobacterium tuberculosis a été isolé chez 02 patients sur 20. Ce germe a été rapporté par Diakité [12] 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.

4. Aspects thérapeutiques

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 l'étude du compatriote Diakitè [12]. Quant à Manass [26] 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, 21, 26] 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.

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 Mali.

- 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 [26] pour 15 patients sur 16 soit 94%.

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 [25].

Dans notre série, la voie d'abord était lombaire extrapéritonéale dans 22 cas, tandis qu'elle était iliaque antérolatérale extrapéritonéale dans 6 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.

4.2. Traitement Médical

4.2.1. Antibiothérapie

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 [11]. 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.

4.2.2. Prévention des complications thromboemboliques.

Un traitement anticoagulant à visée prophylactique doit être entrepris de façon systématique. Aucun de nos patient n'a bénéficié d'un traitement anticoagulant à visée iso-coagulante.

5. Aspects évolutifs

5.1. Complications post-opératoires

Les suites opératoires étaient simples dans 23 cas sur 30. Nos résultats se rapprochent de ceux de la série burkinabé [25] qui trouvait des suites opératoires simples chez 13 cas sur 20 (soit 65%). La morbidité était représentée par un choc hypovolémique dans 01 cas, des suppurations de paroi dans 03 cas et une hyperthermie dans 09 cas.

Moukoro [27] au Mali rapportait également une morbidité représentée par 02 cas d'éviscération et 02 cas de récidives. En France, Audia et col. [22] 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].

5.2. Durée du séjour hospitalier

Le séjour moyen d'hospitalisation était de 14,65 jours avec des extrêmes de 6 et 45 jours. Nos résultats sont superposables à ceux de Millogo K. M.[25] au Burkina qui trouvait un séjour moyen de 11,65 jours. Par ailleurs ils sont différents de ceux de notre compatriote Diakité [12] 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 par la prédominance des abcès primaires. Ce qui justifie que la durée moyenne d'hospitalisation soit moins longue que celle des séries européennes où 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.

5.3.Mortalité

Un (01) patient est décédé à J45 post opératoire dans un tableau de détresse respiratoire.

La série burkinabé [25] rapportait également 01 cas de décès à 24 heures des suites opératoires dans un tableau de choc hypovolémique.

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

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 traitement consiste à un drainage chirurgical, associé à une antibiothérapie à large spectre. 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.

RECOMMANDATIONS

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 :

- 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.

Au directeur du CHU Gabriel Touré :

- Doter les services de chirurgie du CHU Gabriel Touré 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.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Bharat R Dave, Ranganatha Babu Kurupati, Dipak Shah, Devanand Degulamadi, Nitu Borgohain, and Ajay Krishnan. India J Ortho. 2014 Jan-Feb; 48(1): 67-73.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931156/?report=Pr...>

2. Toshihiko Takada, Kazuhiko Terada, Hideki Kajiwara and Yoshiyuki Ohira. Intern Med 54: 2589-2593, 2015

<http://www.naika.or.jp/index.html>

3. Young-Mi Han, Ah-Young Kim, Ryoung- Kyoung Lim, Kyung- Hee Park, Shin- Yun byun, Soo- Hong Kim, and Hae-Young Kim. J Korean Med Sci 2015; 30: 1203-1206

<http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2015.30.8.1203>

4. Eugenio L.C. Miller, Luiz F.F. Miller, Jorge G. Carvalho, Alexandre Marsillac, Lucas Pires, Marcio A. Babinski and Mauro Monteiro. Ont J Surf Case Rep. 2016; 25: 139-142.

<https://www.NCBI.nom.nih.gov/pmc/articles/PMC4929344/?report=Pr...>

5. Ming-Shun Hsieh, Shih-Che Huang, El-Wui Loh, Che-An Tsai, Ying-Ying Hung, Yu-Tse Tsan, Jin-An Huang, Lee- Min Wang and Sung-Yuan Hu.

<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/578>

6. Reem Aldamanhori, Alaa Barakat, Maha Al-Madi, Baher Kamal (Departement of Urology, Kong Fahd Hospitalier, University of Dammam, Saudi Arabia)

[http : //creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

7. Nobuhiro Asai, Yoshihiro Ohkuni, Ikuo Yamazaki, Yasutaka Kawamura, Norihiro Kaneko, and Masahiro Aoshima. J Glob Infect Dis. 2013 Jul-Sep; 5(3): 98-103

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3766341/?report=Pr...>

8. Evelina Maines, Roberto Franceschi, Vittoria Cauvin, Giuseppe D'Annunzio, Alessio Pini Prato, Elio Castagnola et Annunziata Di Palma. Pediatric Unités, S. Chiara General Hospitalier, Trento, Italy. Clinical case reports 2015; 3(7): 638-642.

9. Vicente Navarro López, MD, José M. Ramos, MD, José Luis Pérez Arellano, MD, Regino Serrano, MD, Miguel Angel Garcia Ordonez, MD, Halo Peralta, MD, Vicente Boix, MD, Javier Pardon, MD, Alicia Conde, MD, Fernando Salgado, MD, and Félix Gutiérrez, MD, for the GTI- SEMI Group.

Medicine . vol 88, Number 2, March 2009

10. D. Shields, P. Robinson, T.P. Crowley Journal homepage: www.theijs.com

11. M. van d'en Berge, S. de Marie, T Kuipers, A.R. Jansz, B. bravenboer. Departement of internal Medicine, section of infectious diseases, Erasmus University Medical, Centre Rotterdam.

12. Diakité Ibrahim,

Abcès du psoas : étude rétro et prospective à propos de 11 cas au CHU du

Gabriel Touré Bamako Mali

Mémoire médecine 2006 (34)

13. Musculation, Psoas (psoasiliaque; psoas, iliaque) anatomie

<http://www.collegeem.qe.ca/cemdept/edup/csenecal>

14. Muscle Iliopsoas.

<http://www.college-em.eq.ca/prof/csenechal/anatomie/psoasiliaq.htm>

15. Mitsuhiro Kinoshita, Shoichiro Takao, Katsuya Takechi, Yoshitsugu Takeda, Kanako Miyamoto, Moriaki Yamanaka, Yoko Akagawa, Seiji Iwamoto, Kyosuke Osaki, Hayato Tani, Norio Ohnishi and Ryozo Shirono. Departement of Radiology, Tokushima Red Cross Hospital, Tokushima, Japan.

16. Mahendra Pratap Singh, Atul Samaiya, Tarun Kumar Sainia and Agamya Saxena; Faculty, Departement of Surgery, L.N. Medical College, Bhopal, Madhya Pradesh, India. Journal of Surgical case Reports, 2016;6, 1-3

17. A. Askri, A. Sadfi, S. Miladi, N. Boughanmi, N. Dali, A. Manamani, L. Ben Farhat, L. Hendaoui. Service d'Imagerie Médicale - CHU Mongi Slim - La Marsa - Tunisie.

18. H K K T Duminda, A K Lamahewage, A Liyange, D M H Fernando

Sri Lanka Journal of Child Health, 2015: 44(3): 167-168

19. N Karabayir, O Turel, C Aydodmus, N Hatipoglu, A Hocaoglu, E Adal. Kanuni Sultan, Suleiman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

<http://adc.bmj.com/> on september 24, 2015

20. Hicham Sallahi, Omar Margad, AdilLamkhanter, Khalid Koulali Idrissi

WWW.panafrican-med-journal.com

21. García M P, Laguna P, Lopez G, Castañeda P, Navarro M. Abcès pyogènes et tuberculeux du psoas musculaire. Rev Clin Esp 2011; 211 (11) :572-8.

22. 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

psosas: à propos de 06 cas et revue de la littérature. Rev. Med interne 2006 ; 27 : 828-35.

25. Millogo K. L'abcès du psosas à propos de 20 cas colligés entre 2001 et 2012 au CHU-YO et à la PNDP Ouagadougou. Thèse soutenue en Mai 2012. 26. Manass M. L'abcès du psosas: à propos de 16 cas. Thèse Med Casablanca 2014.

27. Mounkoro M étude rétrospective de l'abcès du psosas à propos de 18 patients entre janvier 1998 et juin 2006, au service de chirurgie viscérale au CHU du point G Bamako, Kenya. Thèse soutenue en Mars 2007.

30. Pierre Kamina. Anatomie clinique. Myologie des membres Tom 1. Paris : 3^e édition Maloine ; 2007.

31. Manass M. L'abcès du psosas: à propos de 16 cas. Thèse Med Casablanca 2014.

32. 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.

33. ROUVIERE H, Delamas A. Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Masson, 12^{ème} édition, tome 2 : Tronc 1985 : 87-89.

34. Turunç T, Demiroğlu Y Z, Colakoglu S. Etude rétrospective de 15 cas d'abcès du psosas. Rev Med Interne. 2009; 43 (1): 121-5.

35. Vishal Y, Sengol J, Vikas Y. Unusual presentation of psosas abscess as an abdominal lump. Department of Surgery, MGM Medical College and Hospital, Navi Mumbai, Maharashtra, India. Jun 2014.

36. Mynter H. Acute psoitis Buffalo Med Surg J., 21 (1881), pp :
202-210
37. Belaksir L. Le traitement laparoscopique de l'abcès du psoas
(A propos d'un cas). Thèse soutenue en 2009.
38. Aouam A, Ben brahim H, Toumi A, Loussaief C, Chakroun M.
Abcès du psoas : Approche thérapeutique. Etude retrospective
portant sur 19 observations entre 1998-2012.
39. Lansdown AJ, Downing A, Roberts AW, Martin D. Case Report
Psoas Abscess Formation in Suboptimally Controlled Diabetes
Mellitus. Department of Integrated Medicine, University Hospital of
Wales, Heath Park, 2011.
40. Garcia J, Sinniger M. Rôle de la TDM dans les infections des tissus mous. J
Radiol 1986; 417-23.
41. EDSM V

VIII. FICHE SIGNALETIQUE

Titre de la thèse : Etude des abcès du psoas dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

Nom et prénom : Sangaré Souley

Année de soutenance : 2018

Ville de soutenance : Bamako

Secteur Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie

Résumé :

L'abcès du psoas est une affection rare, de plus en plus rapporté chez le sujet jeune. Nous avons colligé 30 cas d'abcès du psoas en 8 ans et 9 mois (du 27 novembre 2007 au 26 aout 2016) dans le service de chirurgie générale du CHU GT au Mali.

Les objectifs spécifiques étaient de déterminer la fréquence, décrire les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques et analyser les suites opératoires.

Il s'agit de 16 hommes et 14 femmes, d'âge moyen 47,1 ans (2 - 78 ans). L'atteinte était à droite chez 14 patients (46,67%), à gauche chez 7 patients (23,33%), dorsolombaire chez 7 patients (23,33%), péri ombilicale chez 2 patients (6,67%). Le tableau clinique avait associé un syndrome fébrile (100%), un psoitis (60%). La biologie a retrouvé un syndrome inflammatoire et une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles chez 8 patients (26,67%). L'échographie a objectivé une collection dans le psoas chez 18 patients (60%). L'étude bactériologique du pus (30 cas) avait retrouvé un *Staphylocoque aureus* dans 10 cas (33,33%), un *Streptocoque* dans 6 cas (20%), un *Escherichia Coli* dans 4 cas (13,33%). La recherche d'une étiologie avait identifié une

Spondylodiscite tuberculeuse chez 5 patients (16,67%), une appendicite retro cœcale chez 2 patients (6,67%%) et un traumatisme abdominal chez un patient. L'évolution était favorable chez 28 patients. Un patient est décédé à J37 post reprise pour détresse respiratoire après éviscération puis fistule digestive. Un autre a fait la complication en péritonite à J3 post-opératoire. Deux patients avaient donc récidivé dont un a été traité avec succès.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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 un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. 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 pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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 fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure