

---

## RAPPORTS DE CAS

---

### METASTASE MUSCULAIRE SIMULANT UN ABCES DU PSOAS A PROPOS D'UN CAS ET UNE REVUE DE LA LITTERATURE

K. MOUFID, M.H. MEZZOUR, R. RABII, A. JOUAL, S. BENNANI, M. ELMRINI, H. JOUHADI  
ET F. MEZIANE

*Services d'Urologie et d'Oncologie-Radiothérapie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc*

#### INTRODUCTION

Les atteintes du muscle psoas sont dominées par ordre de fréquence par l'infection, l'hémorragie et les atteintes néoplasiques<sup>1</sup>. Les métastases au niveau du psoas sont exceptionnelles et posent un problème diagnostique et thérapeutique. Le néoplasme d'origine peut être testiculaire, rénal, vésical ou prostatique. L'extension directe d'un cancer colorectal, gynécologique ou urologique est également possible de même que les lymphomes ou les tumeurs des tissus mous notamment d'origine nerveuse<sup>2,3</sup>.

Nous rapportons ici l'observation inhabituelle d'une métastase musculaire du psoas d'un carcinome du col utérin révélée par un tableau d'abcès du psoas gauche, et nous discuterons les différentes modalités diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

#### OBSERVATION

Mme Z.B., âgée de 65 ans, présentait depuis un mois une lombo-cruralgie gauche d'apparition progressive. A l'anamnèse, la patiente avait été traitée 18 ans auparavant pour un cancer du col utérin par adéno-colpohystérectomie et radiothérapie. Cette symptomatologie s'est aggravée par une asthénie importante et un amaigrissement brutal de 7 kg en l'espace de 20 jours. L'examen a retrouvé une légère voussure de consistance dure au niveau de la fosse iliaque gauche avec un psoïtis homolatéral.

Les examens biologiques ont mis en évidence un syndrome inflammatoire sévère (hyper leucocytose à 18000 éléments/mm<sup>3</sup>, VS =110 mm à la 1<sup>ère</sup> heure, CRP à 150 mg/ml). L'abdomen sans préparation a montré un effacement du bord interne du psoas gauche. La tomodynamométrie (TDM) a montré l'existence d'une masse rétro péritonéale aux dépens du muscle psoas-iliaque gauche, de densité liquidienne, faiblement rehaussée par le produit de contraste avec infiltration de l'os iliaque gauche et étendue de l'hypochondre gauche jusqu'à l'insertion basse du muscle iliaque et en latéro-vésicale. (Fig.1)

La symptomatologie clinique s'était aggravée sous traitement antibiotique, ainsi l'éventualité d'une pathologie tumorale plus sévère n'a pu être écartée. Un geste chirurgical a été décidé. Une lombotomie extra-péritonéale à trois centimètres de la crête iliaque et étendue en avant, a mis en évidence une volumineuse masse kystique bien limitée, sous tension qui s'étendait de l'hypochondre gauche jusqu'au niveau pelvien ainsi qu'en pré-rachidien et adhérait à l'os iliaque gauche. Une ponction à l'aiguille fine a ramené un liquide finement pigmenté dont la cytologie a identifié des cellules tumorales. Une ablation aussi complète que possible de cette masse kystique et de sa coque a été réalisée. Dans les suites opératoires, la douleur a diminuée d'intensité avec une baisse de consommation d'antalgiques type Pro paracétamol et un arrêt d'administration à J3 post opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce a conduit au diagnostic de métastase rétro-péritonéale d'un carcinome épidermoïde massivement nécrosé et fibrosé .

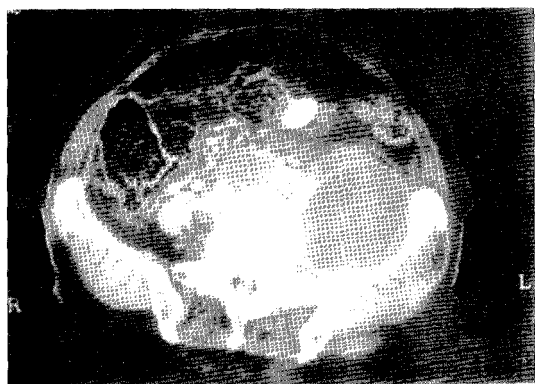


Fig. 1: TDM abdominopelvienne montrant une masse de densité liquidienne aux dépens du muscle psoas gauche et étendue en pré-vertébrale.

La patiente a bénéficié d'une radiothérapie externe au cobalt 60 sur la région lombo-aortique et les hiles rénaux bilatéraux par deux faisceaux (antérieurs et postérieur). Cette dose a été délivrée en 23 séances et à la dose de 46 Gy. Deux grays par séance a été le fractionnement utilisé. En concomitance à la radiothérapie, la patiente a reçu deux cures de chimiothérapie à base de Fluorouracile (1 g/m<sup>2</sup> J1-2-3) et du cysplatine (100 mg/m<sup>2</sup> en J1). Durant le traitement, elle a développé après la 2<sup>ème</sup> cure une neutropénie qui a régressé sous traitement symptomatique. Par ailleurs, une diarrhée a été notée à la 2<sup>ème</sup> semaine de radiothérapie. L'évaluation faite deux mois après la fin du traitement par la réalisation d'un scanner de contrôle a montré une réponse de plus de 50% de la masse, à noter que la résection n'a pu être complète car la tumeur était très infiltrante; d'où le recours à la radiothérapie et chimiothérapie en post opératoire. Revue à 6 mois, la patiente a présenté un état général satisfaisant. Cependant, 10 mois plus tard la patiente a développé des métastases hépatiques et pulmonaires et est décédée dans un tableau de cachexie cancéreuse.

## DISCUSSION

Les métastases musculaires sont exceptionnelles et si cliniquement elles sont asymptomatiques, les différentes séries autopsiques rapportent des incidences allant de 0,8 à 16%<sup>6</sup>. Sur une série autopsique de 194 patients atteints de néoplasies diverses, 50 patients étaient porteurs de métastases musculaires<sup>7</sup>.

Les tumeurs à fort potentiel métastatique musculaire sont par ordre de fréquence: les carcinomes d'origine diverse (mammaire, bronchique, colique, gastrique), les lymphomes et les leucémies<sup>8-11</sup>. Une étude prospective récente sur 38 patientes atteintes de cancer du col utérin a montré qu'une faible teneur en oxygène au niveau de la tumeur primitive était corrélée à un fort potentiel métastatique<sup>12</sup>. Les localisations les plus fréquentes sont le diaphragme (67,8%) et le psoas (29,4%)<sup>7</sup>.

L'infiltration du muscle psoas peut se faire soit par contiguïté (cas le plus fréquent), les cellules tumorales progressent entre les fascias sans les envahir, soit par dissémination hémotogène et dans ces cas les cellules malignes pénètrent alors le sarcolemme se multipliant au sein même de la fibre musculaire striée<sup>6</sup>.

Sur le plan clinique, ces métastases sont le plus souvent asymptomatiques et traduisent un stade évolué du cancer. De même, Narten<sup>5</sup> rapporte le cas d'une métastase rétro péritonéale chez une femme de 66 ans traitée pour un cancer du col utérin 26 ans auparavant, et demeurée asymptomatique jusqu'à l'autopsie révélant une large tumeur rétro péritonéale.

La présentation clinique la plus fréquente associant psoïtis et douleurs pelviennes ou névralgie crurale avec plus ou moins de fièvre est évocatrice d'une atteinte du psoas mais non spécifique<sup>13,14</sup>.

L'imagerie est prise en défaut pour ces lésions difficiles à distinguer d'un abcès ou d'une hémorragie du psoas. À l'échographie, il s'agit de nodules hypo-échogènes ou de masses liquidienues, bien définis et vasculaires<sup>1,7,9</sup>. Ainsi, si la TDM permet de préciser le siège des métastases et d'orienter un geste de cytoponction, certaines images radiologiques prêtent à confusion avec un abcès ou une hémorragie. L'atteinte des structures osseuses adjacentes (vertébrale ou iliaque comme le cas de notre observation), l'asymétrie de la taille ou de densité avec un aspect hétérogène, la prise de contraste inconstante ne sont pas spécifiques de l'atteinte métastatique<sup>1,8,9,14</sup>. La présence de calcification peut être vue en cas de tumeurs acineuses ou de sarcome<sup>1</sup>.

De plus, certains hématomes chroniques du psoas (coagulopathie, traitement anti-coagulant) sont aisément confondus avec un abcès ou un envahissement néoplasique<sup>6,7</sup>.

Lenchik<sup>9</sup>, à travers une étude, conclut qu'en l'absence de contexte néoplasique évocateur la TDM seule ne peut pas suffire à poser le diagnostic; l'aspiration ou la biopsie percutanée scanno-guidée pourraient confirmer le diagnostic. La biopsie devrait se faire par un abord rétro péritonéal pour éviter la dissémination péritonéale<sup>2,3</sup>, néanmoins, dans certains cas, elle n'est pas concluante. Plus récemment, l'aspect IRM de ces métastases a été rapporté et se traduit par un hyposignal en T1 et un hypersignal en T2. Des modifications architecturales ont été également notées: augmentation de taille, une texture réticulée et un œdème péri-tumoral<sup>7,8</sup>. Cependant, cet aspect peut aussi être observé en cas d'infection. En cas d'hématome, l'aspect varie en fonction du caractère aigu ou chronique du saignement: s'il est aigu, un hypersignal en T1 et T2 est retrouvé, par contre s'il s'agit d'un hématome chronique, du fait des dépôts d'hémossidérine, on observe un hyposignal en T1-T2 rendant sa distinction d'un envahissement néoplasique difficile<sup>7,8</sup>. En cas de doutes ou de difficultés diagnostiques à l'imagerie, la confrontation au contexte clinique devrait aider à redresser le diagnostic de tumeur de psoas<sup>2</sup>.

La prise en charge de ces tumeurs comprend d'abord un bilan d'extension complet à la recherche d'autres localisations (TDM thoracique et cérébrale).

Le traitement repose sur l'association d'une radio-chimiothérapie. La chimiothérapie, à base de cysplatine, a pu donner de bons résultats dans ces stades avancés en complément d'un traitement chirurgical large afin d'obtenir un contrôle local de la maladie<sup>4,13</sup>.

Nous concluons que l'absence de spécificités clinique et radiologique majore le risque de méconnaissance d'une localisation secondaire, et retarde la prise en charge thérapeutique, particulièrement si une tumeur primitive n'est pas diagnostiquée et donc le retard de la prise en charge thérapeutique. Cependant, cette éventualité doit être envisagée chez un patient

suivi pour une néoplasie et qui présente des anomalies radiologiques au niveau du psoas.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Yang WT, Yeo W, Metreweli C. Imaging of iliopsoas metastasis. *Clin Radiol* 1999, 54:85.
2. Bar-Dayyan Y, Fishman A, Levi Z, Rachmani R. Squamous cell carcinoma of the cervix with psoas abscess-like metastasis in an HIV-negative patient. *Isr J Med Sci* 1997, 33:674.
3. Narten NC, Wettach GE, Neurnberger SP. Difficulties in diagnosing unusual spread of cervical carcinoma. *South Med J* 1977, 70:124.
4. Girard M, Kelkel E, Peoch M, Grand S, Massot C. Metastasis in the psoas muscle disclosing breast carcinoma. *Ann Med Interne (Paris)* 1992, 143:492.
5. Nash S, Rubenstein J, Chaiton A, Morava-Protzner I. Adenocarcinoma of the lung metastatic to the psoas muscle. *Skeletal Radiol* 1996, 25:585.
6. Daly BD, McPhillips M, Leung AW, Evans RM, Metreweli C. Ultrasound, computed tomography and magnetic resonance in the investigation of iliopsoas compartment disease. *Australas Radiol* 1992, 36:294.
7. Lenchik L, Dovgan DJ, Kier R. CT of the iliopsoas compartment: value in differentiating tumor abscess and hematoma. *AJR* 1994, 162:83.
8. Rotterdam H, Slavutin L. *Secondary tumors of soft tissues: an autopsy study*. In: Fenoglio CM, Wolff M (eds.): *Progress in Surgical Pathology*, vol. 3, Paris: Editions Masson, 1981, pp. 147-168.
9. Van Dyke JA, Holley HC, Anderson SD. Review of iliopsoas anatomy and pathology. *Radiographics* 1987, 7:53.
10. Sundfor K, Lyng H, Rofstad EK. Tumour hypoxia and vascular density as predictors of metastasis in squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Br J Cancer* 1998, 78:822.
11. Tonelli I, Prallet B, Cartry O, Fournel P, Alexandre C. Neuralgie crurale symptomatique d'une métastase musculaire d'un cancer bronchique. *Ann Med Interne (Paris)* 1991, 142:559.
12. Yap WT, Richie JP. Metastases from transitional cell carcinoma of the bladder masquerading as psoas abscess. *J Urol* 1980, 123:959.

Tirés-à-part:

Dr. Mohamed Hicham MEZZOUR; 11 Rue Danton; 92120 Mont Rouge; France

[hmezzour@yahoo.fr](mailto:hmezzour@yahoo.fr)