

INFECTION VIH REVELEE PAR UN ABCES UNILATERAL DU MUSCLE PSOAS

Z. DAHAMI, O. SAGHIR, M. GABSI, M. BARJANI, M. BOUKHARI, A. ELHAOUS,
T. HANICH, M. LAKMICH, M.S. MOUDOUNI ET I. SARF

Service d'Urologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 25 ans célibataire ayant eu des rapports sexuels non protégés, qui s'est présenté pour une tuméfaction douloureuse de la fosse lombaire droite évoluant depuis un mois dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général sans signe urologique ni digestif associé. L'échographie abdominale a retrouvé une collection abcédée du psoas droit. Nous avons procédé à un drainage chirurgical par lombotomie. L'étude bactériologique du pus a isolé un staphylocoque doré, et l'étude histologique de la biopsie de la coque de l'abcès a retrouvé une inflammation non spécifique. Le bilan tuberculeux est négatif. La sérologie VIH était positive. Un traitement à base d'antirétroviraux a été instauré.

Mots Clés : abcès, psoas, VIH.

INTRODUCTION

L'abcès du psoas est une pathologie peu fréquente. Le tableau clinique est souvent trompeur et on observe actuellement une augmentation de l'incidence de l'abcès primitif, surtout dans les pays occidentaux chez les sujets immunodéprimés en rapport avec l'épidémie du SIDA.

Cet article rapporte le cas d'un patient dont l'infection à VIH a été révélée par un abcès primitif du psoas.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 25 ans, célibataire, artisan de profession à Marrakech, hétéro-sexuel, ayant eu des rapports sexuels non protégés, jamais opéré ni transfusé sans autre facteur de risque de transmission du VIH. Ses habitudes toxiques se résument à un tabagisme actif.

Le patient a été admis aux urgences pour une tuméfaction de la fosse lombaire droite évoluant depuis un mois dans un contexte

fébrile avec amaigrissement important, sans signe urinaire ou digestif associé. L'examen à l'admission a retrouvé un patient en mauvais état général, pâle, fébrile à 38.2°C, avec de multiples cicatrices cutanées de furonculose. La fosse lombaire droite était le siège d'une tuméfaction sensible et fluctuante.

L'échographie abdominale a retrouvé un abcès du psoas lombaire droit refoulant le pôle inférieur du rein communiquant avec un abcès de la paroi lombaire postérieure de 15 / 12 cm (Fig. 1). La numération formule sanguine a retrouvé une anémie hypochrome microcytaire à 10.8 g/dl, un taux de globules blancs à 8500 éléments/mm³ avec un taux de lymphocytes à 1500 éléments/mm³.

L'abord chirurgical de l'abcès a permis d'évacuer 500 cc de pus, d'effondrer les logettes, de faire un prélèvement bactériologique et de réaliser de multiples biopsies de la coque. Nous avons démarré une triple antibiothérapie à base d' amoxicilline + acide clavulanique 3 g/j, aminoside 160mg/j, métronidazole 1,5g/j. Les radiographies du rachis dorsolombaire et thoracique étaient normales.

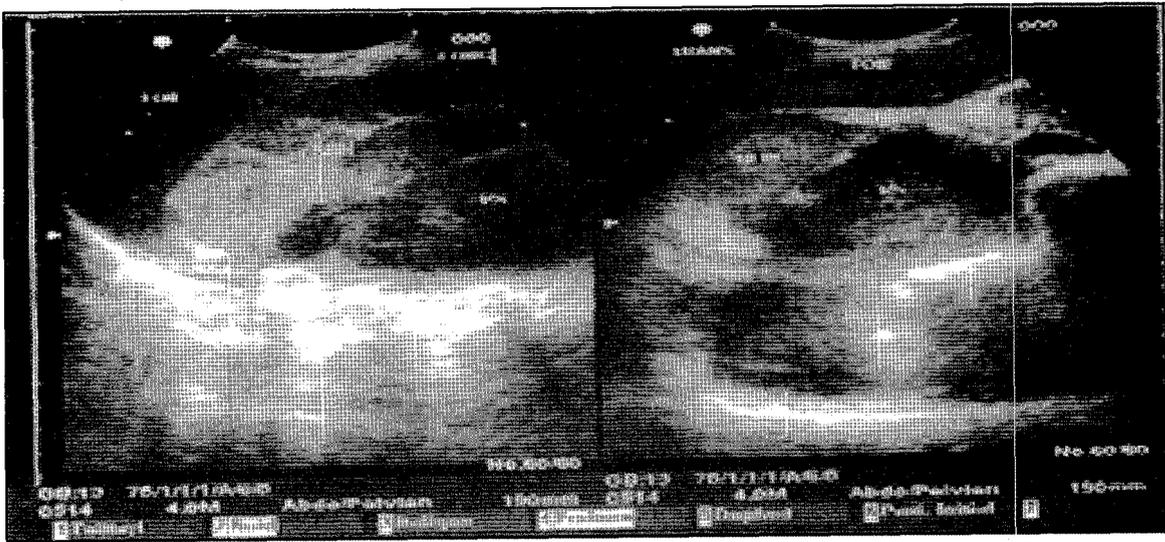


Fig. 1 : Abscès du psoas lombaire droit refoulant le pôle inférieur du rein.

L'intradermoréaction à la tuberculine ainsi que l'examen des urines et des expectorations à la recherche de bacille de Koch étaient négatifs.

L'étude histologique de la coque de l'abcès a retrouvé un aspect inflammatoire sub-aigu sans signe de spécificité ni de malignité. Un staphylocoque doré a été isolé dans le prélèvement du pus.

Devant ce tableau clinique et le bilan étiologique négatif, une sérologie VIH a été demandée et s'est révélée positive: Elisa et Western Blot : positif au VIH¹. Les suites post opératoires ont été simples et un traitement à base d'antirétroviraux a été instauré.

DISCUSSION

Depuis la découverte en 1981 du syndrome d'immunodéficience humaine acquise (SIDA), les connaissances sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'ont cessé d'évoluer. Les urologues comme les autres spécialistes ont pu identifier, recenser et prendre en charge de nouvelles pathologies liées à l'immuno-dépression sévère. Il s'agit le plus souvent d'infections opportunistes ou de tumeurs uro-génitales. 33.6 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH. Au Maroc, il y aurait entre 13000 et 16000

personnes infectées par le VIH à la fin 2004. L'importance de la pandémie n'a d'équivalent que la multitude de nouvelles pathologies qu'elle engendre. Les patients VIH positifs posent souvent des difficultés diagnostiques en présentant des problèmes rares ou des expressions atypiques de pathologie peu communes¹.

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

L'abcès du psoas est une pathologie peu fréquente, sa symptomatologie est très peu spécifique nécessitant un complément radiologique notamment scanographique².

Les patients prédisposés aux abcès du psoas sont les immunodéprimés, les diabétiques, les sujets sous oestrogènes pour pathologies malignes, alcooliques ou VIH positifs³⁻⁵.

En fonction de l'étiologie on peut classer les abcès du psoas en deux groupes primitifs et secondaires, avec une nette distribution géographique, puisque dans les pays en

voie de développement 99,5% des abcès du psoas sont primitifs contre 61% aux Etats Unis d'Amérique et 18,7% en Europe⁶. Cependant, avec la pandémie du SIDA, on note une forte recrudescence de la forme primitive dans les pays occidentaux².

Les abcès primitifs du psoas se voient le plus souvent chez des patients jeunes âgés de moins de 30 ans dans 80% des cas, et dans 20% des cas chez des sujets âgés de 40 à 80 ans. Le staphylocoque doré est le principal germe en cause dans les abcès primitifs: on peut l'isoler dans 88,4% des cas^{6,7}.

Pour l'abcès secondaire, les principales causes restent les spondylodiscites tuberculeuses dans les pays sous médicalisés⁵ et les maladies inflammatoires chroniques de tube digestif, surtout la maladie de Crohn en occident⁷. Il peut aussi être secondaire à un sepsis intra abdominal, surtout les pyélonéphrites et les pancréatites, ou digestif⁸. L'abcès bilatéral du muscle psoas représente moins de 3% des abcès du psoas².

La présentation clinique tend à être insidieuse et peut prêter à confusion avec d'autres pathologies². Elle se caractérise par la fièvre, la douleur lombaire irradiant à la hanche avec une flexion et rotation interne, une impotence fonctionnelle, une hyperleucocytose qui peut être absente en cas de tuberculose ou d'immunodépression, et une vitesse de sédimentation élevée.

La prévalence du mycobactérium tuberculosis est élevée chez les malades VIH positifs notamment pour la tuberculose extra pulmonaire². Aux Etats-Unis d'Amérique la majorité des patients présentant un abcès primitif du psoas sont des toxicomanes utilisant des injections intraveineuses (86%) ou infectés par le VIH (57%)⁹.

Boyd et Brettle ont rapporté deux cas d'abcès primitif à mycobactérium avium chez deux patients VIH positifs sous traitement antirétroviral¹⁰.

La spécificité de l'échographie ne dépasse pas 40% sauf pour les abcès volumineux¹¹. Le scanner est la clé diagnostic avec une spécificité de 95%⁸, il permet aussi d'identifier une éventuelle étiologie. Dans notre cas l'abcès du psoas était évident à l'examen clinique et échographique, et nous avons jugé inutile de réaliser le scanner en urgence puisque le problème diagnostique n'était pas posé et un drainage chirurgical s'imposait.

Les bases du traitement reposent sur le drainage de l'abcès et l'instauration d'une antibiothérapie adéquate. Le drainage chirurgical est très performant, mais le drainage percutané avec guidage scanographique semble être une meilleure alternative^{12,13}, surtout pour les abcès de moins de 5 cm¹⁴.

Bien traité, les abcès primitifs sont à l'origine d'une mortalité de 2.4% et de 18.9% pour les secondaires; les résultats sont moins bons chez les immunodéprimés dont la mortalité approche les 100%⁶.

En conclusion, l'abcès du muscle psoas reste une pathologie peu commune. Dans notre pratique quotidienne et devant la recrudescence de l'infection VIH au Maroc, il serait judicieux de penser à rechercher cette infection. La positivité de la sérologie VIH dans ces cas reste de pronostic sombre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hermieu JF, Bouvet E, Ravery V, Delmas V, Boccon-Gibod L. Manifestations urologiques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. 2003 Jan;18:233-A-10.
2. Kozakis L, Ballachandran T. Bilateral psoas abscesses in an HIV-positive patient. Int.J.STD AIDS. 2004; Dec;15(12):841-3.
3. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. J.Urol. 1992; Jun;147(6):1624-6.
4. Martinez Sagarra Oveja JM, Estebanez Zarranz MJ, Santos Largo J, Amon Sesmero J, Barrera Rebollo A, Pelaz Salomon A. Abscesos primarios de psoas. [Primary abscess of the psoas]. Actas Urol.Esp. 1990; Mar-Apr;14(2):139-42.

5. Harrigan RA, Kauffman FH, Love MB. Tuberculous psoas abscess. *J. Emerg. Med.* 1995; Jul-Aug;13(4):493-8.
6. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: Worldwide variations in etiology. *World J.Surg.* 1986; Oct;10(5):834-43.
7. Desandre AR, Cottone FJ, Evers ML. Iliopsoas abscess: Etiology, diagnosis, and treatment. *Am.Surg.* 1995; Dec; 61(12):1087-91.
8. McAuliffe W, Clarke G. The diagnosis and treatment of psoas abscess: A 12 year review. *Aust.N.Z.J.Surg.* 1994; Jun;64(6):413-7.
9. Thongngarm T, McMurray RW. Primary psoas abscess. *Ann.Rheum.Dis.* 2001;60(2):173-4.
10. Boyd AE, Brettle RP. Localized Mycobacterium avium intracellular psoas abscess in patients with AIDS after antiretroviral therapy. *AIDS.* 1999; Oct 22;13(15):2185-6.
11. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: Análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. [Abscess of the psoas muscle: Analysis of 11 cases and review of the literature]. *Enferm.Infecc. Microbiol.Clin.* 1998; Jan;16(1):19-24.
12. Dahniya MH, Hanna RM, Grexa E, Cherian MJ, Niaz MN, Badr S, et al. Percutaneous drainage of tuberculous iliopsoas abscesses under image guidance. *Australas.Radiol.* 1999; Nov;43(4):444-7.
13. Conde Redondo C, Estebanez Zarranz J, Rodrigues Toves A, Amon Sesmero J, Simal F, Martinez Sagarra JM. Traitement de l'abcès du psoas: Drainage percutané ou chirurgie ouverte. [Treatment of psoas abscess: Percutaneous drainage or open surgery]. *Prog.Urol.* 2000; Jun;10(3):418-23.
14. Ben Miled K, Hendaoui L, Ben Thabet I, M'Rad S, Belkhouidja C, Ben Chaabene T, et al. Traitement percutané des abcès primitifs du psoas. [Percutaneous treatment of a primary psoas abscess]. *Tunis.Med.* 1992; Dec;70(12):567-70.

ABSTRACT

HIV INFECTION REVEALED DURING THE TREATMENT OF A UNILATERAL ABSCESS OF THE PSOAS MUSCLE

We report the case of a 25-year-old unmarried male patient who presented with painful swelling of the right lumbar area of one month's duration, associated with fever and general debility, but without any urological or gastro-intestinal symptoms. He admitted having had unprotected sexual intercourse. Abdominal radiography revealed an abscess in the right psoas muscle, which was drained by lumbotomy. Analysis of the pus revealed *Staphylococcus aureus*. Histological examination of the abscess wall found non-specific inflammation. A test for tuberculosis was negative, while serological examination revealed HIV. The patient was treated with antiretroviral drugs.

Correspondance:

Pr. Zakaria DAHAMI,
Boulevard Hassan II,
Résidence Asbahani I, n° 17 Gueliz
40 000 Marrakech
Maroc

e- mail: zdahami@hotmail.com