

ABCÈS DU PSOAS RÉVÉLANT UNE MALADIE DE CROHN.

A propos de 3 observations.

Rym Ennaïfer, Asma Ouakaa-Kchaou, Najet Belhadj, Héla Elloumi, Dalila Gargouri, Asma Kochlef, Afef Kilani, Malika Romani, Jamel Kharrat, Abdeljabbar Ghorbel.

Service de Gastro-entérologie, Hôpital H. Thameur, Tunis

R. Ennaïfer, A. Ouakaa-Kchaou, N. Belhadj, H. Elloumi, D. Gargouri, A. Kochlef, A. Kilani, M. Romani, J. Kharrat, A.Ghorbel.

ABCÈS DU PSOAS RÉVÉLANT UNE MALADIE DE CROHN. A propos de 3 observations.

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°05) : 340 - 343

R. Ennaïfer, A. Ouakaa-Kchaou, N. Belhadj, H. Elloumi, D. Gargouri, A. Kochlef, A. Kilani, M. Romani, J. Kharrat, A.Ghorbel.

PSOAS ABCESS AS THE INITIAL MANIFESTATION OF CROHN'S DISEASE, REPORT OF 3 CASES.

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°05) : 340 - 343

R É S U M É

Pré-requis : L'abcès du psoas est une complication rare de la maladie de Crohn. Son diagnostic peut être difficile, en particulier lorsqu'il révèle la maladie.

But : A ce propos nous rapportons 3 observations d'abcès du psoas inaugural, observés parmi 118 patients suivis pour maladie de Crohn de 1990 à 2006.

Observation : Les principaux signes cliniques étaient les douleurs et un empatement des fosses iliaques, une psoïtis et une fièvre. Le diagnostic positif d'abcès du psoas a été confirmé par la tomodensitométrie dans tous les cas. Cependant, pour 2 patients, le diagnostic étiologique de l'abcès du psoas n'a pu être fait qu'après intervention chirurgicale, en raison du doute diagnostique avec une tumeur colique et une appendicite compliquées. Le traitement était médico-chirurgical dans tous les cas, comprenant drainage de l'abcès et résection intestinale.

S U M M A R Y

Background: Psoas abcess complicating Crohn's disease is a rare condition. Diagnosis remains difficult, especially when it is the first sign of Crohn's disease.

Aim: We report here 3 patients presenting with psoas abcess as the initial manifestation of the disease, among 118 patients with Crohn's disease seen between 1990 and 2006.

Cases report : Symptoms and signs were fever, lower abdominal quadrant pain or tenderness and psoïtis. Diagnosis was confirmed in all cases by computed axial tomography. In 2 cases, psoas abcess secondary to a periappendicular abcess or a colonic neoplasm were suspected, and the etiology was made correctly only after operation. Effective therapy included antibiotics, drainage and bowel resection.

M O T S - C L É S

Abcès du psoas - Maladie de Crohn

KEY - WORDS

Psoas abcess- Crohn's disease

خراج الحرقفية الكاشف عن مرض كرون

الباحثون : النايف. ر. - واقع. أ. - بالحاج. ن. - اللومي. ه. - قرقوري. د. - كوشلاف. أ. - كيلاني. ع. - روماني. م. - كرات. ج. - غريبال. ع. تستعرض دراستنا

ثلاث حالات لخراج الحرقفية من بين 118 حالة إصابة بمرض كرون خلال ستة سنوات. أهم علامات هذه الإصابة هو الألم والحمى. المضراس هو الذي

أكد المرضى في كل الحالات وتمثل العلاج بالنسبة لكل المرضى في العلاج الدوائي والجراحة.

الكلمات الأساسية : جراح الحرقفية - مرض كرون.

L'abcès du psoas peut survenir suite à une suppuration primitive ou être du à l'extension d'une infection locorégionale, il est alors appelé abcès du psoas secondaire. La tuberculose vertébrale en était l'étiologie la plus fréquente (1). Mais, depuis la diminution de l'incidence de la tuberculose, en particulier dans les pays occidentaux, d'autres étiologies, essentiellement digestives, sont devenues plus fréquentes (1).

La première association entre maladie de Crohn (MC) et abcès du psoas a été rapportée en 1954 (2). Bien que depuis, une centaine de cas ait été publiée, l'abcès du psoas demeure une complication rare de la MC (3).

A ce propos nous en rapportons trois observations, avec la particularité d'être toutes révélatrices d'une MC jusque là méconnue (tableau 1).

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Mme KH, âgée de 43 ans, aux antécédents de polyarthrite rhumatoïde traitée par antipaludéens de synthèse et prednisone à faible dose est hospitalisée en mars 2006 pour douleurs lombaires droites irradiant à la fosse iliaque droite, associées à un syndrome sub-occlusif, une alternance diarrhée-constipation et une fièvre non chiffrée.

A l'examen, on notait une pâleur cutanéomuqueuse, une sensibilité du flanc et de la fosse iliaque droite avec empâtement au niveau de la fosse iliaque droite (FID). Elle était apyrétique. Des lésions compatibles avec un érythème noueux étaient retrouvées sur les faces d'extension des membres supérieurs et inférieurs. A la biologie, il existait un syndrome carenciel avec une hypocholestérolémie, une hypoalbuminémie et une anémie hypochrome microcytaire à 8,5g/dl. Elle avait une hyperleucocytose à 16000 éléments/mm³ et une élévation de la C-reactive protein (CRP) à 192 mg/l.

L'échographie abdominale trouvait des anses digestives à paroi épaissie et agglutinées au niveau de la FID.

La tomodensitométrie (TDM) abdominale montrait une infiltration de la graisse du carrefour iléocaecal, un épaississement pariétal caecal et une agglutination des dernières anses iléales avec une infiltration du muscle psoas droit, qui était le siège d'un abcès de 1,5 cm de diamètre (figure 1).

Les explorations ont été complétées par une coloscopie qui a trouvé une muqueuse colique droite remaniée, avec une formation polypoïde non ulcérée obstruant la valvule iléocaecale et dure à la pince à biopsies. L'étude anatomopathologique des biopsies n'était pas concluante. L'exploration chirurgicale trouvait une masse de 7 cm au niveau du colon droit s'étendant au caecum, infiltrant le muscle psoas droit et la paroi de l'iléon terminal, dure et irrégulière, d'allure suspecte. La patiente a eu une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse associée à une résection d'une colerette du muscle psoas de 4 cm. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'une MC iléocaecale fistulisante.

Le diagnostic de MC iléocaecale compliquée d'un abcès du psoas inaugural a été retenu. La patiente a été mise sous méسالazine en post-opératoire, l'évolution était favorable avec un recul de 3 mois.

Observation n°2

Mme BF, âgée de 25 ans, aux antécédents de fistule anale pour laquelle elle a été opérée il y a 15 ans et d'appendicectomie il y a 6 ans, a été hospitalisée en Octobre 1994 pour une diarrhée glaireuse évoluant depuis 6 mois dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen trouvait une patiente cachectique, pesant 32 kg, des conjonctives pâles, une fièvre à 38,6° et un blindage de la fosse iliaque gauche (FIG).

A la biologie, on notait une anémie hypochrome microcytaire à 10g/dl avec un syndrome inflammatoire biologique.

L'échographie abdominale montrait un épaississement de la paroi colique et doutait sur l'existence d'une fistule, il n'y avait

pas de collection décelable. La coloscopie a montré, à partir de 20 cm de la marge anale (MA), des ulcérations fissuraires, confluentes par endroits, et à 35cm de la MA une sténose serrée infranchissable. Les biopsies concluaient à des lésions de colite chronique et ulcérée. Le diagnostic de MC sténosante était évoqué. Devant le blindage de la FIG, une TDM a été pratiquée, montrant une agglutination des anses grêles au contact du colon gauche et une collection de 4 cm au niveau du chef iliaque du psoas gauche, associée à un trajet fistuleux probable avec le colon. Le diagnostic de MC colique sténosante compliquée d'un abcès du psoas a été retenu. Le drainage percutané sous scanner avait échoué. Devant le mauvais état général de la patiente, une réanimation associée à une antibiothérapie a été indiquée avant d'envisager la chirurgie. Cependant, l'évolution était marquée par l'apparition d'une psoïtis avec une collection inguinocroturale gauche, imposant la mise à plat et le drainage chirurgical immédiat. Une résection colique segmentaire a été réalisée 6 semaines plus tard. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'une MC colique sténosante et fistulisante. La patiente n'a pas reçu de traitement préventif en post-opératoire.

L'évolution était favorable jusqu'en 2002, où elle a présenté une sténose de l'anastomose colo-colique symptomatique ayant nécessité une résection iléocaecale, du transverse et de l'angle colique gauche devant l'étendue des lésions inflammatoires et infiltrantes découvertes en per-opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montrait des ulcérations focales associées à une fibrose importante de la muqueuse. Un traitement préventif des récurrences post-opératoires par azathioprine a été institué. Depuis la patiente est restée asymptomatique, il n'y a pas eu de récurrence de l'abcès du psoas avec un suivi régulier jusqu'en février 2006.

Observation n°3

M. GH, âgé de 17 ans, sans antécédents, a été hospitalisé en mars 1994 pour un syndrome douloureux et fébrile de la FID. L'échographie abdominale suspectait un abcès appendiculaire, motivant l'intervention en urgence. L'exploration per-opératoire a retrouvé un appendice perforé. Une appendicectomie a été réalisée. Les suites opératoires étaient marquées par la persistance des douleurs de la FID, suivies par l'apparition d'une diarrhée glaireuse avec un amaigrissement et des arthralgies.

Il a donc été réhospitalisé 2 mois plus tard, l'examen trouvait une fièvre à 38°, une boiterie à droite et un empâtement de la FID. A la biologie, il y avait une hyperleucocytose. L'échographie abdominale montrait une agglutination et un épaississement des anses digestives au niveau de la FID. La TDM abdominale mettait en évidence au niveau de la FID des anses digestives pathologiques associées à un abcès du psoas droit (figure 2).

Le patient a été mis sous antibiothérapie. Les explorations ont été complétées par une iléocoloscopie qui a montré une muqueuse colique normale mais une valvule iléocaecale congestive, ulcérée et impossible à cathériser. Les biopsies n'étaient pas concluantes. Le transit du grêle montrait une dilatation de la dernière anse iléale en amont d'une sténose. Au

lavement baryté, le caecum était rétracté.

Le diagnostic de MC compliquée d'abcès du psoas était fortement suspecté.

Devant l'apparition, un mois plus tard, d'une fistule productive sur la cicatrice de Mac Burney, l'intervention chirurgicale était indiquée. L'exploration trouvait une fistule entre la base du moignon appendiculaire et le rétropéritoine alimentant la collection du psoas, ainsi qu'une fistule iléo-iléale. Une résection iléocaecale ainsi qu'un drainage de l'abcès ont été réalisés. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'une MC iléocaecale.

L'évolution était favorable jusqu'en 2002, où il a présenté une récurrence de la fistule entérocutanée. L'exploration chirurgicale trouvait à nouveau un abcès du psoas droit associé à 2 fistules grêle et colo-anastomotiques. Une résection iléocolique et un drainage de l'abcès ont été réalisés. Un traitement immunosuppresseur par azathioprine a été indiqué, mais le patient a été perdu de vue après 1 mois.

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de nos 3 patients

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Sexe	F	F	M
Age (années)	43	25	17
Durée d'évolution de la MC	0	0	0
Localisation de la MC	Iléocaecale	Colique	Iléocaecale
Corticothérapie préalable	Oui	Non	Non
Localisation de l'abcès	Psoas droit	Psoas gauche	Psoas droit
Traitement	Drainage, résection en 1 temps	Drainage, résection en 2 temps	Drainage, résection en 1 temps
Récidive de l'abcès	Non	Non	Oui après 8 ans
Durée du suivi	3 mois	12 ans	8 ans

(F= féminin, M= masculin)

DISCUSSION

Les abcès du psoas observés dans notre série ont les particularités d'avoir été d'une part, inauguraux, et d'autre part, d'avoir posé des difficultés de diagnostic étiologique nécessitant le recours à l'exploration chirurgicale et l'étude anatomopathologique pour redresser le diagnostic.

L'abcès du psoas complique 0,6 à 10% des MC, selon les séries (4,5). Dans notre série, parmi 118 MC suivies entre 1990 et 2006, nous avons observé 3 abcès du psoas, soit une fréquence de 2,5%. Le caractère transpariétal de l'inflammation intestinale et la fréquence des fissures et des fistules jouent un rôle fondamental dans la survenue de ces abcès (3).

L'abcès du psoas survient généralement au cours d'une MC connue, cependant il peut la révéler dans 26% des cas pour la revue de la littérature de Ricci et 17% des cas dans la série de Cellier (4,6). Dans notre série, tous les cas étaient révélateurs,

nous n'avons observé aucun cas de MC connue et compliquée d'abcès du psoas au cours du suivi, en dehors du 3ème patient qui a récidivé après 8 ans. Le diagnostic d'abcès du psoas est souvent difficile, en raison de la non spécificité des signes cliniques, pouvant comporter fièvre, douleurs abdominales, amaigrissement et troubles du transit (4). Lorsque la MC est connue, la symptomatologie peut se confondre avec celle d'une poussée et faire prescrire à tort des corticoïdes (6). Quand la MC est méconnue, se pose d'une part la difficulté du diagnostic positif de l'abcès du psoas, et d'autre part, celle de son étiologie. En effet, si autrefois, la première cause des abcès du psoas était la tuberculose, aujourd'hui les causes digestives sont les plus fréquentes. Dans une revue de la littérature incluant 89 abcès secondaires du psoas, la MC était l'étiologie la plus fréquente avec 55% des cas, suivie par l'appendicite, 14%, puis les inflammations et les tumeurs colorectales, 10% (7). Les spondylodiscites infectieuses n'étaient retrouvées que dans 9% des cas (7).

Dans notre première observation, même si le diagnostic d'abcès du psoas a été posé rapidement, son étiologie est demeurée obscure, et ce n'est que l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire qui a permis de redresser le diagnostic de tumeur colique droite infectée et infiltrant le psoas en faveur d'une MC.

L'appendicite occupe la deuxième place après la MC parmi les étiologies digestives des abcès du psoas (7). Pour notre troisième observation, bien que le patient ait subi une appendicectomie 2 mois avant le diagnostic d'abcès du psoas, il semblerait que celui-ci soit plutôt secondaire à la MC puisqu'une fistule entre la base du moignon appendiculaire et le rétropéritoine a été objectivée en per-opératoire.

Cette hypothèse est renforcée par la récurrence de l'abcès du psoas 8 ans plus tard, témoin du caractère fistulisant de la maladie.

La corticothérapie ne semble pas favoriser l'apparition d'un abcès du psoas mais elle peut en retarder le diagnostic en masquant les signes cliniques (4).

Dans la littérature, lorsque l'information est précisée, 39% des patients étaient sous corticoïdes au moment du diagnostic (4). Dans notre série, une seule patiente recevait des corticoïdes.

L'imagerie est d'un apport considérable dans le diagnostic positif de l'abcès du psoas et parfois de son étiologie. L'échographie abdominale est l'examen de première intention, avec une sensibilité de 90%, mais elle peut être faussement négative, gênée par l'aérocolie et l'aéroiléie, comme cela a été le cas pour nos 3 patients (8).

La tomodensitométrie est l'examen de référence, avec une sensibilité proche de 100% (9). Pour nos 3 patients, celle-ci a permis de poser le diagnostic. Les opacifications digestives (transit du grêle et/ou lavement baryté) n'ont d'intérêt que pour la mise en évidence d'un éventuel trajet fistuleux.

Le traitement de l'abcès du psoas compliquant une MC est médico-chirurgical.

Le traitement médical comportant une antibiothérapie et une mise au repos du tube digestif, permettant de minimiser l'étendue de la résection digestive.

La chirurgie peut être précédée d'un drainage percutané de l'abcès, permettant ainsi une résection intestinale dans de

meilleures conditions (3). Pour nos patients, le drainage percutané n'a été tenté que dans 1 cas, ceci est probablement expliqué par un défaut d'accessibilité de cette méthode pour les patients diagnostiqués en 1994, mais aussi par le doute diagnostique, en particulier pour notre première observation, où la laparotomie était indiquée essentiellement à visée diagnostique.

RÉFÉRENCES

1. Leu SY, Leonard MB, Beart RW, Dozois RR. Psoas abscess: changing patterns of diagnosis and etiology. *Dis Colon Rectum* 1986;11:694-8.
2. Van Patter WN, Barga JA, Dockerty MB, Feldman WH, Mayo CW, Waugh JM. Regional enteritis. *Gastroenterology* 1954;26:347-450.
3. Lamarque P, Rapelanoro R, Fach J, Malvy D, Longy-Boursier M, Le Bras M. Abscès du psoas compliquant la maladie de Crohn. *Presse Med* 1997;26:1859-60.
4. Cellier C, Gendre JP, Cosnes J, Sebag A, Langlois P, Gallot D, Malafosse M, Le Quintrec Y. Abscès du psoas compliquant la maladie de Crohn. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ;16 :235-8.
5. Doemeny JM, Burke DR, Merange SG. Percutaneous drainage of abscesses in patients with Crohn's disease. *Gastrointestinal Radiology* 1988;13:237-41.
6. Ricci MA, Meyer KK. Psoas abscess complicating Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1985;80:970-7.
7. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess : Worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986;10:834-43.
8. Ousehal A, Essodegui F, Abdelouafi A, Kadiri R. Apport de l'échographie dans le diagnostic et le traitement des abcès du psoas. *J Radiol* 1994 ;75 :629-34.
9. Zissin R, Gayer G, Kots E, Werner M, Shapiro-Feinberg M, Hertz M. Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdom Imaging* 2001;26:533-9.

CONCLUSION

L'abcès du psoas constitue une complication rare de la MC, pouvant en être révélatrice. Le diagnostic est d'autant plus difficile qu'il est inaugural de la MC. L'amélioration des techniques de drainage percutané a permis de pratiquer la résection chirurgicale dans de meilleures conditions.