

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
**UN peuple - Un But - Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

## **Thèse**

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE DE L'ABCES DU PSOAS DANS LE  
SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU**

**GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le 16/10/2021 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. Maliki SAMAKE**

**Pour obtenir le grade de Doctora en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

### **Jury**

**Président : Pr Lassana KANTE**

**Membre : Dr Diakaridia TRAORE**

**Co-directeur : Dr Issa AMADOU**

**Directeur : Pr Yacaria COULIBALY**

# DEDICACES

## **DEDICACES**

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut, tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance que j'ai envers vous qui, avez contribué à l'aboutissement de ce travail.

Aussi tout simplement je dédie ce travail :

### **A ALLAH**

Gloire à ALLAH, le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, de m'avoir donné la vie, la santé et l'opportunité de mener à terme ce travail.

Qu'ALLAH me pardonne de toutes mes imperfections et qu'il nous accorde sa grâce.

Que la paix et le salut de Dieu soient sur le Prophète Mohamed.

### **A ma Patrie, le Mali**

Chère Patrie, tu m'as vu naître et grandir pour devenir ce que je suis aujourd'hui en me donnant une formation de base et universitaire de haut niveau. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire de te servir avec loyauté et dévouement.

### **A mon très cher Père Mamadou SAMAKE**

A l'homme respectueux et dévoué qui m'a comblé de ses bienfaits et m'a inculqué les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Ton honnêteté, ton ardeur dans le travail et tes grandes qualités humaines font de toi un exemple à suivre.

En ce jour, ton fils espère être à la hauteur de tes espérances.

Que ce travail soit l'exaucement de tes vœux et le fruit de tes innombrables sacrifices consentis pour mes études et mon éducation et témoigne de l'amour, de l'affection et du profond respect que j'éprouve à ton égard. C'est ta réussite avant d'être la mienne. Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te protéger et t'accorder santé, bonheur et longue vie.

## **A ma très chère mère FATOUMATA SAMAKE**

Je te dédie le fruit de ton amour, de ta tendresse et de ton abnégation.

A toi maman, l'être le plus cher, qui a su être à mon écoute, me reconforter, calquer mes humeurs. Tu n'as cessé de lutter pour m'éduquer, me rendre heureux.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, mon ultime respect, ma gratitude et ma reconnaissance.

En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi.

Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

**A mes tontons :** Adama dit Bama, Nouhoum, Yacouba, Oumar, Ba-Issa, Ousmane, Dramane

**A mes grands frères :** Dr Bakary Samaké, Dr Mahamadou Traoré, Dr Moussa Traoré, Dr Mahamadou Bounè Coulibaly, Dr Ismaël Bamba, Mamadou Samake, Youssouf Samake, Mamoutou Samake, Seydou Samake.

**A mes petits frères** Sidy, Solomane, Madou, Bakary, Zoumana, Bourama, Nouhoum, Seydou.

**A mes grandes et petites sœurs :** Mariam Samake, Magnama Samake, Djeneba Samake, Djenebou Samake, Kadidiatou Samake, Sanata Samake, Minata Samake, Kadiatou Samake.

**A mes cousins et cousines.**

Je me souviendrai toujours des bons moments qu'on a vécu, et qu'on vivra ensemble inch'ALLAH.

Vous m'avez aidé à traverser les moments les plus difficiles de ma vie, je ne saurai vous remercier assez. Soyons et restons unis, puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable.

Que le bon Dieu nous donne longue vie, santé et beaucoup de bonheur. Ce travail est aussi le vôtre.

**A mon grand-père et son épouse : Bakary Blé et Mariam Samaké**

Votre bénédiction, vos prières m'ont été toujours précieuses. Trouvez ici l'expression de ma tendresse, mon profond amour et ma reconnaissance.

Puisse ce travail être une prière pour votre âme.

**A mes oncles : Dr Mamadou Coulibaly, Drissa Coulibaly, Bakary Samake, Issa Samake, Mouminy Samake, Sekou Samake, Dramane Samake.**

**A mes tantes et leurs époux.**

Merci pour tout.

Je me souviendrai toujours des bons moments qu'on a vécus, et qu'on vivra ensemble inch'ALLAH. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon amour, mon profond attachement et mes souhaits de succès et de bonheur pour chacun de vous. Que Dieu vous protège.

**A la famille Coulibaly et Malla de Bakaribougou**

**A ma famille de Tiemena**

**A ma famille Diarra de Diena**

Merci beaucoup pour vos sacrifices, votre conseil et votre sympathie réconfortante. Toujours reconnaissant, je prie que Dieu le tout puissant resserre nos liens fraternels et nous maintienne unis afin de pérenniser le succès.

Je vous prie d'accepter l'expression de mon fraternel attachement.

## **REMERCIEMENTS**

A tous mes maîtres de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour la qualité de l'enseignement reçu.

Au Professeur Feu **KEITA MAMBY**

Merci d'avoir éveillé en nous cet intérêt pour la chirurgie. Vous nous avez appris la nécessité de se remettre en question et de n'être jamais satisfait des résultats obtenus. Merci pour le savoir-faire que vous nous avez transmis.

Qu'ALLAH vous accorde son paradis éternel !

Au Professeur **COULIBALY YACARIA**, chef de service

Votre grandeur d'âme, votre esprit de partage et surtout votre dynamisme n'ont pas manqué de nous impressionner. Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement et vos conseils.

Puisse le seigneur vous combler de grâces.

A Docteur **ISSA AMADOU TOURE**

Votre rigueur scientifique et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié de tous. Votre apport pour la réalisation de ce travail, fut plus que considérable.

Tout en espérant continuer à apprendre à vos côtés, veuillez recevoir cher maître toute ma reconnaissance et mon estime.

A Docteur **COULIBALY OUMAR**

Vous avez toujours répondu à nos sollicitations quelles qu'elles soient. Nous avons été satisfaits par tous vos enseignements. Votre simplicité, votre dévouement au travail et surtout votre personnalité joviale sont tant de qualités qui font de vous un aîné exemplaire. Recevez ici, grand frère tout le respect que je voue à votre personne.

A tous les chirurgiens du service

**Dr Kamaté B, Dr Doumbia A, Dao M, Dr Djiré MK.**

Pour les conseils, les enseignements et les beaux moments passés ensemble.

**A tous mes aînés de la chirurgie pédiatrique :**

Dr Maiga M, Dr Camara Sadio, Dr Diarra Idrissa, Dr Coulibaly Moussa, Dr Bah Mahamadou A, Dr Koné Amadou, Dr Togola Baba, Dr Diarra Moussa, Dr Haidara A, Dr Sidibé Modibo, Dr Maiga A, Dr Diallo Moussa O, Dr Samaké I, Dr Diarra Seybou, Dr Sangaré Sidiki, Dr Sylla Salim, Dr Fanta Traoré, Dr Arému Issouf, Dr Koné Jean Marie, Dr Traoré Kader, Dr Mariam Coulibaly, Dr Diarra Hélène, Dr Sekou Dembéle, Dr Mamoutou Djiré, Dr Aboubacar Tapily, Dr Lassina Keita, Dr Victor Keita, Dr Bassirou Touré.

De nous avoir montré le chemin, Vos conseils et vos encouragements nous ont beaucoup édifiés Merci.

**A mes collègues thésards de la chirurgie pédiatrique :**

Diarra Adama, Coulibaly Mouctar, Touré Sékou Bh, Maiga Banhassey, Keita Narenba, Diallo Lasseyni, Bathily Kao, Niaré Mahamadou, Diallo Mohamed, Bah Sekou, Doumbia Thomas, Adam Diakité, Traoré Soumaïla, Coulibaly Madou, Mariko Chiani.

Merci pour votre franche collaboration et votre esprit d'équipe. Ce travail est le résultat de nos efforts conjugués.

**A mes cadets de la chirurgie pédiatrique :**

Samba Traoré, Sidi Goita, Youba Goita, Famaghan Keita, Brehima Timbely, Oumar Traoré.

Pour l'ambiance du travail et les entraides. Bon courage et bon vent.

**A tout le personnel infirmier :**

Le major Abdrahamane Traoré, Diallo Dramame, Mm Diarra, Diakité, Badjènè, Adam, Djélika, Soussaba.

Pour les moments partagés.

Aux secrétaires du service

Feu Tanty Koronba, Mme Guissé et la stagiaire Djénèba.

Merci pour vos aides et bénédictions.

**A mes amis :**

Mohamed Diarra, Madani Kollo, Dr Mouminy Diarra, Aliou Bakayoko, Sekou Mallé, Moussa Diabaté, Ouedrago Alidjouma, Mohamed Traore, Mohamed Konte, Maïmouna S Doumbia, Aïssata Maïga, Dr Ousmane N'Djim, Amadou Barry, Sekou Dao, Soumaïla Samaké.

Recevez ici toute ma gratitude pour vos soutiens, vos encouragements et les bons moments partagés ensemble.

**A toute la 11<sup>ème</sup> promotion de numéris clausus de la FMOS Feu Pr Gangaly DIALLO.** En souvenir des bons moments passés ensemble.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

# HOMMAGES AUX MEMBRES JURY

**A notre Maître et Président du jury**

## **Professeur Lassana KANTE**

- **Maître de conférences agrégé en Chirurgie générale à la FMOS.**
- **Chirurgien, praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association de Chirurgie d'Afrique Francophone**

## **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.

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

**A notre Maître et juge**

**Docteur Diakaridia TRAORE**

- **Chef d'unité de chirurgie pédiatrique de l'hôpital mère-enfant de Luxembourg**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens Etrangers de Marrakech**
- **Spécialiste en chirurgie endoscopique pédiatrique**

**Cher Maître,**

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; 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 co-directeur de thèse**

**Docteur Issa AMADOU**

- **Maître-assistant en chirurgie pédiatrique à la FMOS**

- **Chirurgien pédiatre**
- **Spécialiste en orthopédie traumatologie pédiatrique**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie**
- **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**
- **Membre du Groupe Franco-africain d'Oncologie Pédiatrique**
- **Membre de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique**

### **Cher Maître**

Vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre du travail.

Votre dévouement au travail, votre modestie et votre gentillesse imposent le respect et représentent le modèle que nous serons toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de remerciements que nous vous adressons, nous voudrions louer en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période.

C'est l'occasion de vous exprimer notre admiration pour votre compétence professionnelle et pour votre grande sympathie. Comptez sur notre profonde gratitude.

### **A notre Maître et Directeur de thèse**

#### **Professeur Yacaria COULIBALY**

- **Professeur titulaire en chirurgie pédiatrique à la FMOS**

- **Spécialiste en chirurgie pédiatrique**
- **Diplômé en nutrition pédiatrique**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie**
- **Chevalier de l'ordre de mérite en santé**

### **Cher Maître**

Vous nous avez accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation. C'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement. Votre franc parlé, votre capacité intellectuelle, et votre rigueur dans le travail bien fait suscitent l'admiration de tous. Veuillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute notre reconnaissance. Soyez rassuré de notre profond respect.

# SIGLES ET ABREVIATIONS

## ABREVIATION

a : artère

aa : artères

ADP : Adénopathie

Ant :	antérieur
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
cm :	Centimètre
CNLAT :	Centre National de Lutte Anti-Tuberculeux
Coll. :	collaborateurs
CRP :	Protéine C Réactif
VS :	vitesse de sédimentation
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 Immunodéficience Humaine
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
ATCD :	antécédent

FID : fosse iliaque droit

ASP : abdomen sans préparation

TDM : tomodensitométrie

UIV : urographie intra-veineuse

IDR : Intra-Dermo Réaction

ECB : Examen Cyto-Bactériologique

FD : Flanc Droit

FG : Flanc Gauche

# TABLE DES MATIERES

## **Table des matières**

I. INTRODUCTION .....	2
-----------------------	---

II. Objectifs.....	5
1. Objectif général. ....	5
2. Objectifs spécifiques. ....	5
III. GENERALITES.....	7
1. DEFINITION.....	7
2. RAPPELS ANATOMIQUES.....	7
3. Etiopathogénie.....	15
4. DIAGNOSTIC.....	19
5. Traitement.....	24
IV. Méthodologie :.....	30
1- Cadre de l'étude :.....	30
2. Les activités :.....	32
3. Type et Période d'étude :.....	32
4. Population d'étude :.....	32
5. Méthode.....	33
6. Définitions opérationnelles :.....	34
V. RESULTATS.....	36
VI. Discussion-Commentaires.....	50
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	59
1. CONCLUSION.....	59
2. RECOMMANDATIONS.....	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	63
ANNEXES.....	70

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Répartition des patients selon l'année.....	36
--	----

Tableau II: Répartition des patients selon la tranche d'âge .....	37
Tableau III: Répartition des patients selon la provenance .....	38
Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de référence.....	38
Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents pathologiques.....	39
Tableau VI : Répartition des patients selon le délai de consultation .....	39
Tableau VII: Répartition des patients selon la localisation de l'abcès. ....	40
Tableau VIII: Siège de la douleur .....	40
Tableau IX: Le psoïtis .....	41
Tableau X : La boiterie.....	41
Tableau XI: Répartition des patients en fonction des signes généraux .....	41
Tableau XII: Répartition des patients selon les signes physiques .....	42
Tableau XIII: Hyperleucocytose .....	42
Tableau XIV: Anémie .....	42
Tableau XV : Vitesse de sédimentation .....	43
Tableau XVI: Protéine C Réactif (CRP).....	43
Tableau XVII : Examen Bactériologique du pus. ....	43
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction des germes isolés .....	44
Tableau XIX: Echographie abdominale.....	44
Tableau XX: Radiographie standard.....	45
Tableau XXI: Répartition des patients selon le foyer .....	45
Tableau XXII: Répartition des patients selon le traitement médical .....	46
Tableau XXIII: Répartition des patients selon le traitement par radiologie interventionnelle.....	46
Tableau XXIV: Répartition des patients selon le traitement chirurgical.....	46
Tableau XXV: Voie d'abord. ....	47
Tableau XXVI : Geste chirurgical .....	47
Tableau XXVII : Durée d'hospitalisation .....	48
Tableau XXVIII:Évolution à 3 mois.....	48
Tableau XXIX: Évolution à 6 mois.....	48

Tableau XXX: Moyenne annuelle/Auteurs.....	50
Tableau XXXI: Sexe /Auteurs .....	51
Tableau XXXII:Délai de consultation/Auteurs.....	52
Tableau XXXIII: Altération de l'état général/auteurs .....	53
Tableau XXXIV: Résultats hémogramme/auteurs.....	55

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Muscle Ilio-psoas (vue antérieure) .....	7
Figure 2 : Rapport nerveux du muscle psoas-iliaque (vue antéro-inférieure). ...	10
Figure 3: Rapport vasculo-nerveux du muscle ilio-psoas dans la fosse ilio-lombaire .....	12
Figure 4 : répartition des patients selon le sexe .....	37

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

L'abcès du psoas est une collection purulente dans le compartiment du muscle psoas [1].

En 1881, l'abcès du psoas a été décrit et traité par Mynter H [1] pour la première fois, en les classant en forme primitive et en forme secondaire, selon le mécanisme physiopathologique [2].

L'abcès du psoas est une pathologie rare mais loin d'être exceptionnelle [3].

Aux U.S.A. en 1992, Gruenwald et al, ont revu 434 cas publiés dont 30% d'abcès primaires et 70% d'abcès secondaires [4].

En Asie, Zissin et al à Kfar Saba (Israël) en 2001 ont trouvé 24 cas en 08 ans soit 3 cas par an [5].

En Europe, la fréquence hospitalière de l'abcès du psoas varie d'un pays à l'autre avec une prédominance des abcès secondaires. Garcia et al à Madrid (Espagne) en 2011 ont trouvé 30 cas en 26 ans dont 21 cas d'abcès secondaires (70%) et 09 cas primitifs (30%) ; soit 1,15 cas par an [6].

Audia et al à Dijon (France) en 2006 ont rapporté 06 cas en 06 mois [7].

En Afrique, les prévalences sont sensiblement pareilles mais avec une prédominance des abcès primitifs [8].

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

Selon une étude réalisée en Tunisie en 2003, Belgith et al, ont retrouvé 18 cas d'abcès du psoas chez les enfants en 12 ans soit 1,5 cas par an [9].

Une étude réalisée au service de la chirurgie générale au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré a retrouvé 30 cas d'abcès du psoas en 10 ans soit 3 cas par an en 2018 [11].

Le diagnostic clinique des abcès du psoas est difficile en raison de la présentation clinique trompeuse, d'une symptomatologie pauvre et/ou peu spécifique. Le diagnostic de l'abcès du psoas est un défi. Tout retard aggrave le pronostic vital.

Néanmoins, les progrès de l'imagerie médicale, notamment l'échographie, la tomodensitométrie et l'IRM, permettent des diagnostics plus rapides.

Les étiologies sont dominées par les causes digestives et osseuses [11].

Le staphylocoque est le germe le plus incriminé [11].

Le traitement des abcès repose sur une antibiothérapie qui peut être associée ou non à une ponction, un drainage percutané ou chirurgical [11].

Le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge et, est généralement favorable.

L'absence d'étude spécifique sur l'abcès du psoas dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré nous a motivé à mener ce travail avec comme objectifs.

# OBJECTIFS

## **II. Objectifs**

### **1. Objectif général.**

-Étudier l'abcès du psoas dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré ;

### **2. Objectifs spécifiques.**

- Déterminer la fréquence hospitalière ;
- Déterminer les principales étiologies et les différents germes responsables ;
- Décrire les aspects cliniques, para-cliniques et thérapeutiques ;
- Analyser les résultats du traitement.

# GENERALITES

### III. GENERALITES

#### 1. DEFINITION

L'abcès du psoas est une collection de pus dans le compartiment du muscle psoas [1].

#### 2. RAPPELS ANATOMIQUES

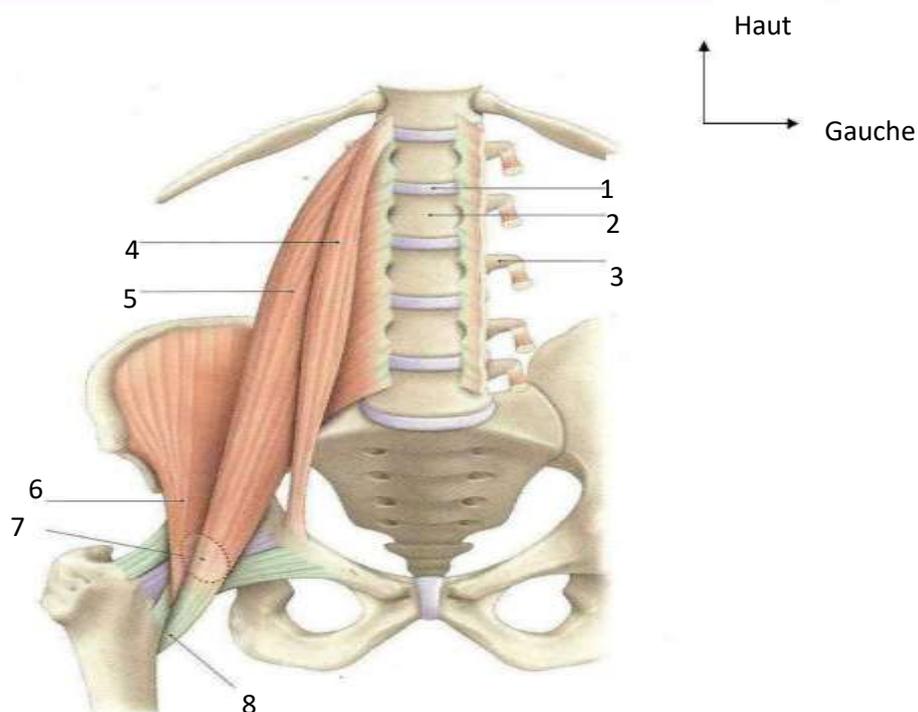
##### 2.1. Les muscles et fascia de la région iliaque [12]

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

- Le muscle petit psoas qui est un muscle inconstant



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

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| 1. disque intervertébral | 5. m. grand 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 (lomararis sive psoas Riolan). C'est le muscle grand psoas ;
- Le second est externe et large. C'est la portion iliaque.

#### **2.1.1.1 Le muscle grand psoas [12]**

#### ❖ Origine

Le muscle grand psoas s'insère sur 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-pectinée). 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 (figure1).

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 [12]**

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,
- 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.

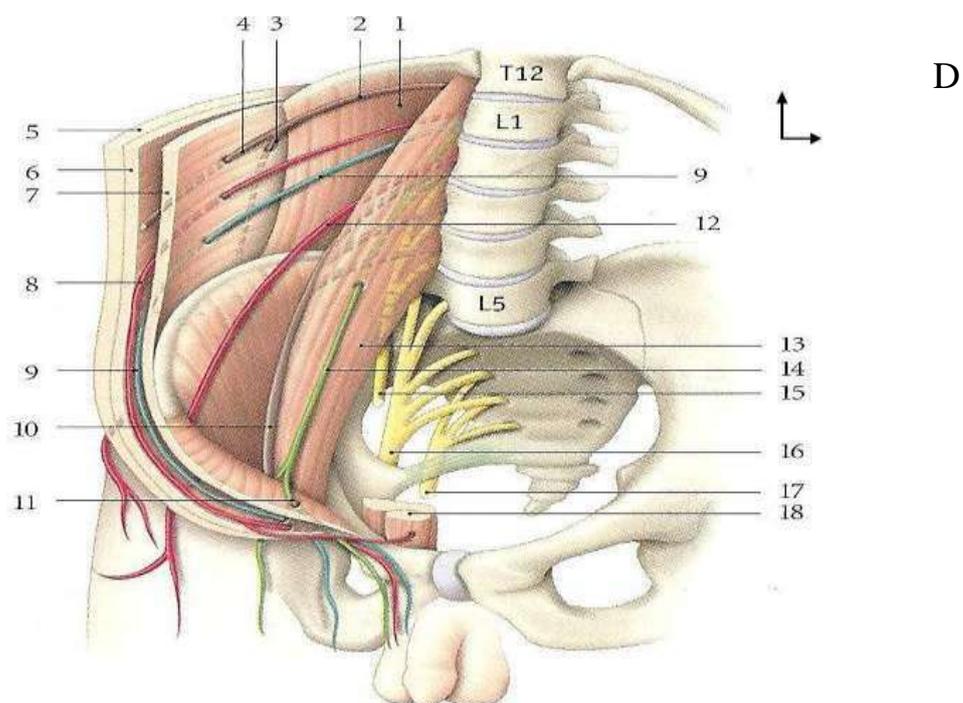
#### ❖ Terminaison

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-inférieure) [10].**

(n. genito-fémoral en vert, n. ilio-hypogastrique en rouge, n. ilio-inguinal en bleu)

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 1. m. carré des lombes     | 9. n. ilio-inguinal                    |
| 2. n. subcostal            | 10. n. fémoral                         |
| 3. r. lat. du n. subcostal | 11. Anneau inguinal profond            |
| 4. r. ant. du n. subcostal | 12. n. cutané latéral de la cuisse     |
| 5. m. oblique externe      | 13. m. psoas                           |
| 6. m. oblique interne      | 14. n. génito-fémoral                  |
| 7. m. transverse           | 15. n. obturateur                      |
| 8. n. ilio-hypogastrique   | 16. n. ischiatique                     |
| 17. n. honteux             | 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.

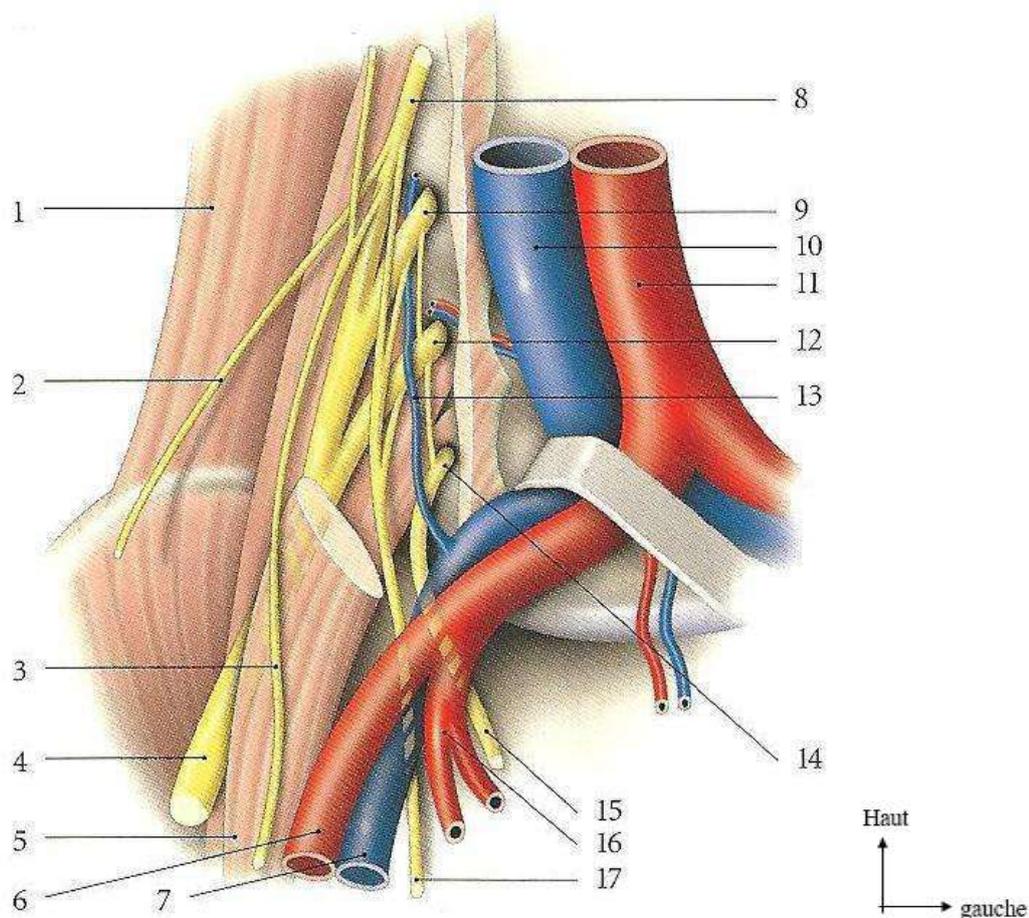
Le muscle iliaque tapisse la fosse iliaque. Il est recouvert par le péritoine, le coecum et la portion finale de l'intestin grêle à droite, le sigmoïde à gauche.

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'aile 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 Sartorius, puis par le muscle droit antérieur.



**Figure 3:** Rapport vasculo-nerveux du muscle ilio-psyas 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 psyas              | 14. n. lombaire L5        |
| 6. a. iliaque ext.             | 15. tronc lombaire sacral |
| 7. v. iliaque ext              | 9. n. lombaire L3         |
| 8. n. lombaire L2              |                           |

### 2.1.1.5. Action du muscle psyas-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 [12]**

#### ❖ 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 grand 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 ( 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. Etiopathogénie [11]**

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 (anomalie de la fonction leucocytaire ou leucopénie).

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 surinfecter pour donner un abcès du psoas. L'ischémie avec nécrose d'une partie du psoas chez les hémoglobinopathies, peut se surinfecter 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 (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 (stade II). Celui-ci s'étend ensuite par dissection progressive du tissu par le pus ou la nécrose des cellules environnantes (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 [35]**

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 [16,17].

Les facteurs étio-pathogéniques incriminés dans la survenue des abcès primitifs du psoas pourraient être [18, 19, 20, 21] :

- une dissémination par voie hématogène ou lymphatique des germes à partir d'une porte d'entrée cutanée ou buccopharyngée ;
- un hématome abdominale post traumatique surinfecté ;
- l'immunodépression : VIH, corticothérapie au long cours, diabète, et malnutrition [22, 23, 24].

Aucune de ces hypothèses n'a vraiment fait sa preuve [18].

### **3.4. Pathogénie des abcès secondaires**

L'abcès secondaire survient par propagation d'une infection de contiguïté [21]. 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 ostéoarticulaires (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 [17, 25].

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 %) [26, 27, 17, 28, 29] :**

- ✓ 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 : [26, 30, 31 ,32]**

#### **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. Le germe**

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 côlon...) ou rénale (pyonéphrose, phlegmon périnéphrétique, pyélonéphrite...). Le *Mycobactérium 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 :

*Haemophilus para influenzae*, *Candida albicans*, *Trichinella spiralis*,  
*Fusobactérium nucléatum*, *Amibes*

## **4. DIAGNOSTIC**

### **1. Diagnostic positif**

#### **1.1. Clinique**

❖ Type de description : Abcès du muscle psoas chez le grand enfant

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

##### **1.1.1. Signes fonctionnels [33, 34]**

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.

Il peut s'agir de signes urinaires à type de pollakiurie et brûlure mictionnelle.

##### **1.1.2. Signes généraux [31, 32]**

L'interrogatoire retrouve fréquemment une anorexie et des nausées.

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.

##### **1.1.3. Signes physiques [35, 36]**

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 plexus veineux para vertébraux pauvres en structures valvulaires.

## **1.2. Formes cliniques**

### **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)

### **1.2.2. Formes selon l'étiologie**

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

- Appendicite rétro cæcale 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

### **1.2.3. Formes selon l'âge :**

Cependant les manifestations cliniques sont les mêmes.

### **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.

## **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 [32].

#### **1.1.4. Imagerie**

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

##### **1.1.4.1. Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) incidence de face (patient debout) [37].**

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

##### **1.1.4.2. Echographie abdominale**

L'échographie est l'examen de base pour le diagnostic positif [30,20]. Elle a une spécificité de 40 % [35] et sa sensibilité est de 80 % [38]. L'aspect échographique dépend du stade de détection. À la phase pré-suppurative, le psoas 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.

##### **1.1.4.3. Tomodensitométrie abdominale (TDM)**

L'examen TDM confirme les données échographiques : elle représente l'examen clef avec une spécificité de 95 % [39]. Sa sensibilité est de 90 à 100 % [40, 38].

L'abcès se traduit par une masse hypo-dense prenant le contraste en périphérie.

Elle permet d'étudier l'extension de la collection, son volume et un éventuel cloisonnement [40, 41].

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 [27].

#### **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 [40, 42, 43].

#### **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.

## **2. Diagnostic différentiel [44]**

Il se pose essentiellement avec

### **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

### **2.2. La lymphadénite inguinale :**

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

### **2.3. L'abcès pariétal :**

L'échographie abdominale permet de poser le diagnostic.

### **2.4. L'abcès para-néphrétique :**

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

### **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.

## **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.

## **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 anévrisme 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**

## **1. Buts du traitement**

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

## **2. Moyens thérapeutiques**

### **2.1. Traitement médical [13]**

#### **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<sup>e</sup> génération à la posologie de 80mg/kg/24h en intra-veineuse, un aminoside type Gentamycine 3 à 5mg/kg/24h et un anti-anaérobie type Métronidazole 30mg/kg/24h.

#### **3.1.2. Traitement adjuvant [45]**

L'usage des antalgiques et antipyrétiques permet d'améliorer le confort du malade en soulageant la douleur et la fièvre.

### **3.2. Le drainage percutané [13, 14]**

#### **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 dilatateur. 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.

### **3.2.2. Complications, échecs et récidives**

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 récidives.

## **3.3. Le drainage chirurgical [13]**

### **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<sup>ème</sup> 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. 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].

#### **4. Indications thérapeutiques**

##### **4.1. Antibiothérapie [46]**

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 cm ;

Les abcès au stade de pré-collection (stade I) et de collection (stade II)

##### **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.

#### **4.2. Drainage chirurgical [12, 06]**

Le traitement chirurgical est actuellement réservé aux :

- Echecs 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

# METHODOLOGIE

## **IV. Méthodologie :**

### **1- Cadre de l'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Toure

**Situation géographique :** Situé dans le centre administratif de la ville de Bamako (Commune III), le CHU Gabriel TOURE est limité à l'EST par le quartier populaire de Médina Coura, à l'OUEST par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (E.N.I), au Nord le quartier général de l'Etat-major de l'armée de terre, au Sud la gare du chemin de fer du Mali. Ancien dispensaire, le CHU Gabriel TOURE est une structure sanitaire érigée en hôpital le 17 Février 1959 et portant le nom Gabriel TOURE en mémoire d'un étudiant soudanais en Médecine mort de peste contractée au chevet de son malade. L'hôpital est devenu un centre hospitalier universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996.

Dans l'enceinte de cet établissement on retrouve au nord le pavillon Bénitiéni FOFANA et à l'étage (de la partie centrale vers l'ouest) respectivement les services de chirurgie générale et pédiatrique, à l'angle Sud-ouest le service d'accueil des urgences (SAU).

### **Description du service de chirurgie pédiatrique**

#### **1.1 Les locaux**

- ❖ Le service de chirurgie pédiatrique, est composé de :
  - Neuf bureaux pour : le chef de service, les médecins, le major, le secrétariat, les faisant fonctions d'internes, la salle de garde pour les infirmiers et les archives.
  - Sept salles d'hospitalisations (31 lits) dont :
    - deux salles de première catégorie,
    - deux salles de deuxième catégorie,
    - trois salles de troisième catégorie dont une réservée pour les brûlés
  - Le service dispose :
    - sept (7) lavabos repartis dans les différents bureaux ;

- deux (2) conteneurs pour objets piquants ou coupants : un (1) en salle de pansement et l'autre (mobile) sous le chariot des infirmiers.

Le bloc opératoire situé à l'étage, à l'angle EST du pavillon constitué de :

- Quatre (4) salles opératoires dont une réservée au programme opératoire de la chirurgie pédiatrique,
- Un (1) vestiaire
- Un (1) box d'attente pour les patients à opérer et
- Une (1) salle de soin post interventionnel.
- Trois (3) lavabos de deux robinets chacun pour le lavage chirurgical des mains

Le service d'accueil des urgences : il comprend quatre secteurs :

- ❖ Premier secteur : accueil et tri ;
- ❖ Deuxième secteur : deux unités d'hospitalisation de courte durée et huit box ;
- ❖ Troisième secteur : un bloc opératoire que partagent les différentes spécialités chirurgicales sauf la gynéco-obstétrique, une salle de stérilisation et une de décontamination.
- ❖ Quatrième secteur : une salle de déchoquage pour le conditionnement avant le bloc ou avant l'admission en réanimation, et une salle de garde.

## **1.2 Le personnel :**

- Les chirurgiens pédiatres sont au nombre de six (6) dont un professeur, qui joue le rôle du chef de service.
- deux (2) maîtres assistants.
- un (1) chirurgien esthétique et reconstructeur.
- trois (3) assistants médicaux dont un est le major et les autres aides de bloc.
- trois (3) infirmiers de premier cycle.
- trois (3) aides-soignants.
- deux (2) techniciens de surface.

Le personnel non permanent :

Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS). Le service reçoit également les DES, les médecins

stagiaires, les étudiants externes de la FMOS, les élèves de l'INFSS (Institut National de Formation en Science de la Santé), et de la Croix Rouge.

## **2. Les activités :**

### **❖ Le service de chirurgie pédiatrique**

-Les consultations externes ont lieu tous les jours du lundi au vendredi.

-La visite se fait chaque matin,

-les hospitalisations se font tous les jours.

-Le staff du service a lieu à 7H45, tous les jours du lundi au jeudi.

-Le staff général rassemblant toutes les spécialités chirurgicales à lieu chaque vendredi ;

-La programmation des patients à opérer se fait tous les Jeudis.

-Les différentes interventions ont lieu tous les lundis et mercredis pour les malades programmés. Les « thésards » sont répartis dans les différentes salles d'hospitalisations, le bloc opératoire et la consultation externe.

### **❖ Le service d'accueil des urgences**

C'est le lieu de passage de toutes les urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré.

## **3. Type et Période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude retro-prospective et descriptive sur une durée de 11 ans, allant du 01<sup>er</sup> Janvier 2010 au 31 décembre 2020.

La période rétrospective allait du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2019, et celle prospective du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2020.

## **4. Population d'étude :**

Tous les patients de 0 à 15 ans ayant consulté dans le service de chirurgie pédiatrique pour abcès du psoas durant la période de notre étude, et répondant aux critères d'inclusion.

**❖ Critères d'inclusion :** Tous les patients qui ont été admis pour abcès du psoas dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré durant la période d'étude.

❖ **Critères de non inclusion** : N'ont pas été inclus les patients dont les dossiers médicaux étaient incomplets ;

## 5. Méthode

L'étude a comporté :

➤ Une phase de recherche bibliographique,  
➤ Une phase d'élaboration de la fiche d'enquête. Elle a été élaborée par nous-mêmes et corrigée par le directeur de thèse. Elle comportait des variables réparties en:

- Données administratives : Age, sexe, nationalité, adresse, ethnie et durée d'hospitalisation.

- Données épidémio-cliniques : antécédents personnels, antécédents familiaux.

-Paramètres para cliniques

- Données thérapeutiques

➤ Une triple antibiothérapie probabiliste à large spectre incluant un anti-staphylococcique à base de Ceftriaxone 80mg/kg/24h reparti en deux prises, Métronidazole 30mg/kg/24h répartie en trois prises, a été administrée à tous nos patients en urgence, en associant la Gentamycine 3-5mg/kg/24h par voie injectable.

➤ Le Paracétamol a été administré comme antalgique-antipyrétique chez tous nos patients par voie intraveineuse en raison de 60mg/kg/24h en quatre prises.

-Evolution – complications

-Une phase de collecte des données : les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux, des registres de consultation et des comptes rendus opératoires et les registres d'hospitalisation du service de chirurgie pédiatrique.

- Une phase de saisie et analyse des données.

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés par le logiciel Microsoft Word et Excel 2016.

Les données ont été saisies sur world 2016 et analysées à l'aide des logiciels IBM SPSS Statistic 25. Le test statistique utilisé a été le test de Chi<sup>2</sup> avec un seuil de signification de  $p \leq 0,05$ .

#### **6. Définitions opérationnelles :**

- **Fièvre** : température corporelle supérieure ou égale à 38,5° Celsius.
- **Hypothermie** : température corporelle inférieure ou égale à 35,8° 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 [2].
- **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 [2].
- **Nouveau-née** : patient de J0 à 28 jours.
- **Nourrisson** : patient ayant un âge compris entre 29 jours et 30 mois.
- **Petit enfant** : patient ayant un âge compris entre 31 mois et 78 mois.
- **Grand enfant** : patient ayant un âge compris entre 79 mois et 180 mois.

# RESULTATS

## V. RESULTATS

### 5.1. Profil sociodémographique

#### 5.1.1. Fréquence des abcès du psoas

Pendant la période d'étude, nous avons recensé 31 cas d'abcès du psoas de 2010 à 2020 soit une moyenne annuelle de 2,8 cas.

#### 5.1.2. Fréquence selon l'année

**Tableau I: Répartition des patients selon l'année**

<b>Année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
2010	2	6,4
2011	4	12,9
2012	3	9,7
2013	3	9,7
2014	2	6,4
2015	3	9,7
<b>2016</b>	<b>5</b>	<b>16,1</b>
2017	4	12,9
2018	1	3,2
2019	2	6,5
2020	2	6,5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Le plus grand nombre de cas a été recensé en 2016 avec 05 cas, soit 16,1% des patients.

### 5.1.3. L'âge

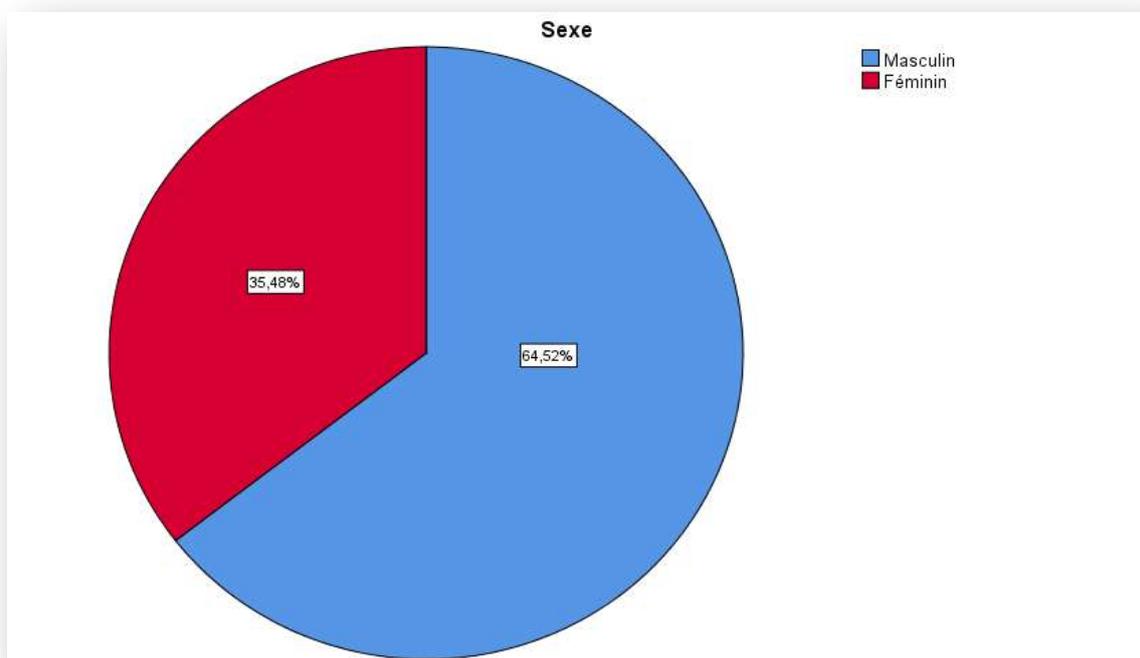
**Tableau II: Répartition des patients selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
Nourrisson	2	6,5
Petit enfant	2	6,5
<b>Grand enfant</b>	<b>27</b>	<b>87</b>
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

L'âge moyen de nos patients était de 49,9 mois, et un Ecartype de 0,8 avec des extrêmes de 24 mois et 180 mois.

La tranche d'âge de 79 mois -180 mois a été la plus touchée.

### 5.1.4 Sexe



**Figure 4 :** répartition des patients selon le sexe.

**Le sex-ratio était de 1,8**

### 5.1.5. Provenance

**Tableau III: Répartition des patients selon la provenance**

Provenance	Effectif	Pourcentage
<b>Bamako</b>	<b>19</b>	<b>61,3</b>
Kayes	2	6,5
Koulikoro	6	19,4
Sikasso	2	6,5
Ségou	2	6,5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients était de Bamako.

### 5.1.6. Référence

**Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de référence**

Mode de référence	Effectif	Pourcentage
<b>Médecin</b>	<b>25</b>	<b>80,6</b>
Infirmier	4	12,9
Venu d'eux même	2	6,5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 25 patients ont été référés par des médecins, soit 80,6% des cas.

### 5.1.7. Principaux antécédents pathologiques de nos patients

**Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents pathologiques.**

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Sans ATCD	21	67,7
<b>Hématome abdominal post traumatique</b>	<b>8</b>	<b>25,8</b>
Ostéo-arthrite de la hanche	2	6,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 8 patients avaient un antécédent d'hématome post-traumatique, soit 25,8% des cas.

## 5.2 Aspects cliniques et para-cliniques

### 5.2.1 Aspects cliniques

**Tableau VI : Répartition des patients selon le délai de consultation**

Délai de consultation (en jour)	Nombre de patients	Pourcentage
$\leq 7$	4	12,9
8-15	10	32,2
$\geq 16$	<b>17</b>	<b>54,9</b>
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 17 patients avaient consulté dans un délai supérieur ou égal 16jours.

Le délai moyen de consultation était de 29,8 jours et un Ecartype de 28,6 avec des extrêmes de 4 et 90 jours.

#### 5.2.1.1 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

### 5.2.1.1.1 Localisation de l'abcès.

**Tableau VII: Répartition des patients selon la localisation de l'abcès.**

Localisation de l'abcès	Effectif	Pourcentage
<b>Côté droit</b>	<b>23</b>	<b>74,1</b>
Côté gauche	8	25,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 23 patients avaient un abcès du psoas droit, soit 74,1% des cas.

### 2.1.1.2 : La douleur.

**Tableau VIII: Siège de la douleur**

Siège	Effectif	Pourcentage
<b>Flanc droit</b>	<b>11</b>	<b>35,5</b>
Fosse iliaque droite	10	32,2
Fosse lombaire droite	2	6,5
Flanc gauche	7	22,6
Fosse lombaire + Fosse iliaque droite	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La douleur siégeait au niveau du flanc droit chez 11 patients, soit 35,5% des cas.

### 2.1.1.3 : Le psoïtis

**Tableau IX: Le psoïtis**

<b>Signe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Positif	15	48,3
<b>Négatif</b>	<b>16</b>	<b>51,7</b>
<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Le signe de psoas était négatif chez 16 patients, soit 51,4% des cas.

#### 2.1.1.4 : Boiterie

**Tableau X : La boiterie**

<b>Boiterie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Présente	10	32,2
<b>Absente</b>	<b>21</b>	<b>67,8</b>
<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La boiterie était absente chez 21 patients, soit 67,8% de cas.

#### 2.1.1.5 : Répartition de patient en fonction des signes généraux

**Tableau XI: Répartition des patients en fonction des signes généraux**

<b>Patient</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Fièvre	21/31	67,7
AEG	25/31	80,6
Pâleur conjonctivale	25/31	80,6

La fièvre était le signe général le plus représenté, soit 67,7% des cas.

### 5.2.1.3: Signes physiques

**Tableau XII: Répartition des patients selon les signes physiques**

Signe physique	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction du flanc droit	8	25,8
Empâtement fosse iliaque droite	4	6,4
Tuméfaction du flanc gauche	2	13
<b>Néant</b>	<b>17</b>	<b>54,8</b>
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les signes physiques étaient absents dans plus de la moitié des cas.

### 5.2.2 Aspects para-cliniques

#### 5.2.2.1 Données biologiques

##### 5.2.2.1.1: Numération formule sanguine

**Tableau XIII: Hyperleucocytose**

Hyperleucocytose	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>
Non	0	0%
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Tous nos patients avaient une hyperleucocytose

**Tableau XIV: Anémie**

Anémie	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>25</b>	<b>80,6</b>
Non	6	19,3
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Dans note étude, 25 patients avaient une anémie, soit 80,6% des cas.

**Tableau XV : Vitesse de sédimentation**

<b>VS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Élevée</b>	<b>12/31</b>	<b>100</b>
Non fait	20/31	-
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Chez 12 de nos patients, la vitesse de sédimentation était élevée,

**Tableau XVI: Protéine C Réactif (CRP)**

<b>CRP</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Élevée</b>	<b>19/31</b>	<b>100%</b>
Non fait	12/31	-
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Chez 19 de nos patients, la Protéine C Réactif était élevée,

**Tableau XVII : Examen Bactériologique du pus.**

<b>Résultat</b>	<b>Effectif</b>	<b>pourcentage</b>
<b>Positif</b>	<b>21</b>	<b>77,7</b>
Negatif	6	22,2
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

La culture était positive chez 21 patients, soit 77,7% de cas.

**Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction des germes isolés**

<b>Germes isolés</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Staphylococcus aureus</b>	<b>7</b>	<b>33,3</b>
Escherichia coli	4	19
Staphylococcus épidermidis	2	9,5
Pseudomonas aeuginosa	2	9,5
Enterobacter	2	9,5
Salmonella enteritidis	2	9,5
Proteus mirabilis	2	9,5
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Le *Staphylococcus aureus* était le germe le plus fréquemment isolé dans 1/3 des cas.

### 5.2.2.2 Données de l'imagerie

**Tableau XIX: Echographie abdominale**

<b>Résultat</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Masse hypo-échogène</b>	<b>30/31</b>	<b>96,7</b>
Non fait	1/31	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Échographie abdominale a été réalisée chez 30 patients, soit 96,7% des cas avec une image hypo-échogène.

### 5.2.2.2 Tomodensitométrie abdominale

Dans notre série, un (01) patient a pu réaliser une TDM qui a objectivé une hypodensité unique du compartiment du muscle psoas avec prise de contraste en couronne, en faveur d'un abcès du muscle psoas.

**Tableau XX: Radiographie standard**

Radiographie	Nombre(N)	Pourcentage
<b>Normale</b>	<b>10/12</b>	<b>83,4</b>
Lacunes osseuses du 1/3 supérieur du fémur droit	2/12	16,6
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Chez 10 de nos patients, la radiographie était normale, soit 83,4% des cas.

### 5.2.2.3 Aspects étiologiques

#### 5.2.2.3.1 Les foyers primitifs infectieux

**Tableau XXI: Répartition des patients selon le foyer**

Foyer	Nombre	Pourcentage
<b>Primitif</b>	<b>29</b>	<b>93,5</b>
Secondaire	2	6,5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

L'abcès était primitif chez 29 patients, soit 93,5% des cas.

### 5. 3 Aspects thérapeutiques

**Tableau XXII: Répartition des patients selon le traitement médical**

Traitement	Nombre	Pourcentage
<b>Antibiotiques+antalgique</b>	<b>12</b>	<b>38,7</b>
Non médical	19	61,3
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Le traitement médical a été réalisé chez 12 patients, soit 38,7% des cas.

**Tableau XXIII: Répartition des patients selon le traitement par radiologie interventionnelle**

Ponction Echo-guidée	Nombre	Pourcentage
Realisée	2	6,4
<b>Non réalisée</b>	<b>29</b>	<b>93,5</b>
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La ponction écho-guidée n'a pas été réalisée chez 29 patients, soit 93,5% des cas.

**Tableau XXIV: Répartition des patients selon le traitement chirurgical**

Patient	Nombre	Pourcentage
<b>Chirurgical</b>	<b>17</b>	<b>54,8</b>
Non chirurgical	14	45,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 17 patients, soit 54,8% des cas.

**Tableau XXV: Voie d'abord.**

<b>Voie d'abord</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Lombotomie retroperitoneale</b>	<b>14/17</b>	<b>82,4</b>
Voie iliaque anterolaterale extraperitoneale	2/17	11,8
Voie péritonéale fosse iliaque droit	1/17	5,8
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

La lombotomie rétropéritonéale a été réalisée chez 14 patients soit, 82,4% des cas.

**Tableau XXVI : Geste chirurgical**

<b>Gestes</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Lavage+Drainage</b>	<b>14/17</b>	<b>82,4</b>
Aspiration+Lavage+Drainage	2/17	11,8
Appendicectomie	1/17	5,8
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Lavage+Drainage a été réalisé chez 14 patients, soit 82,4% des cas.

**Tableau XXVII : Durée d'hospitalisation**

<b>Délai de consultation (en jour)</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>≤ 10</b>	<b>23</b>	<b>74,2</b>
11-20	6	19,3
≥20	2	6,5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La durée moyenne a été de 29,6 jours avec des extrêmes 4 jours et 90 jours

#### 5.4 Evolution

**Tableau XXVIII: Évolution à 3 mois.**

<b>Évolution</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Simple</b>	<b>23</b>	<b>74,2</b>
Sepsis	6	19,3
Suppuration pariétale	2	6,5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

L'évolution a été simple chez 23 patient, soit 74,2% des cas.

**Tableau XXIX: Évolution à 6 mois.**

<b>Évolution</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Simple</b>	<b>28</b>	<b>90,3</b>
Boiterie	3	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

L'évolution a été simple chez 28 patients, soit 90,3% des cas.

#### 5.5 Mortalité

Aucun cas de décès n'a été enregistré

# COMMENTAIRES- DISCUSSION

## VI. Discussion-Commentaires

### 1-Limites de l'étude

Les limites de l'étude ont été :

- la mauvaise conservation des dossiers.
- le non-respect des rendez-vous de consultations.
- la non possibilité des traitements radiologiques dans notre CHU.

### 2. Profil sociodémographique

#### 2.1. Fréquence

**Tableau XXX: Moyenne annuelle/Auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Moyenne annuelle</b>
Millogo K.M ; Burkina 2012[08]	2
Sangaré ; Mali 2018 [11]	3
<b>Audia ; France 2006 [27]</b>	<b>6</b>
Garcia ; Espagne 2011 [06]	1,15
<b>Notre étude</b>	<b>2,8</b>

Dans notre étude, nous avons retrouvé une fréquence annuelle de 2,8 cas d'abcès du psoas par année. Cette fréquence ne diffère pas significativement de ceux des auteurs [6,8,11]. Elle est inférieure à celle de Audia en France. Ceci pourrait expliquer par la durée d'étude et la taille d'échantillon

#### 2.2. Age/Auteurs

Dans notre étude l'âge moyen de patients était de 49,9 mois avec des extrêmes de 24 mois à 180 mois.

Par contre Millogo dans son étude avait retrouvé un âge moyen de 42,6 mois.

Cet âge correspond à la période d'activité.

#### 2.3. Sexe

**Tableau XXXI: Sexe /Auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Sex-ratio</b>	<b>P</b>
Sangaré ; Mali 2018 [11]	1,14	0,14456
<b>Mitsuhiro K ; Japon 2017 [48]</b>	<b>6</b>	<b>0,0327</b>
Millogo K.M ; Burkina 2012 [08]	1,5	1,0000
Bharat ; Inde 2014 [1]	2,62	0,6212
<b>Notre étude</b>	<b>1,81</b>	

Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,81.

Ce résultat ne présente pas de différence significative de ceux de ces auteurs : Sangaré (Mali) [11], Mitsuhiro K. (Japon) [48], Millogo K.M. (Burkina) [08], Bharat (Inde)[1]

La prédominance masculine reste encore inexpliquée dans la littérature.

Le sexe ne semble pas être un facteur favorisant de la survenue de l'abcès du psoas.

#### **2.4. Provenance**

Dans notre série, 19 patients provenaient du milieu urbain. Nos résultats sont semblables à ceux de Sangaré [11] au Mali qui trouvait que plus de la moitié des patients de sa série (18 patients sur 30) provenaient du milieu urbain.

Cette prédominance de la provenance urbaine de nos patients pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a été faite en milieux urbains.

#### **2.5. Antécédents**

Dans notre série, 21 de nos patients n'avaient pas antécédent pathologique, soit (67,7%).

Ce résultat est supérieur à ceux de : Manass [38] au Maroc et Penado [32] en Espagne 9 cas (56%) et 15 cas (65%) et ne présente pas de différence significative de celui de Sangaré [11] au Mali 20 cas [66,6%].

L'antécédent le plus souvent retrouvé, a été traumatisme abdominal, soit 25,8%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains enfants cachent l'événement traumatique, dû aux réactions inadaptées de certains parents.

### 3. Diagnostic de l'abcès du psoas

#### 3.1 Diagnostic clinique

##### 3.1.1 Délai de consultation

**Tableau XXXII: Délai de consultation/Auteurs**

Auteurs	Délai moyen de consultation en jour	P
Millogo ; Burkina Faso 2012 [08]	29	0,8947
Sangaré ; Mali 2018 [11]	27	0,9999
<b>Manass m ; Maroc 2016 [49]</b>	<b>55</b>	<b>0,0001</b>
Audia ; France 2006 [27]	21	0,4079
<b>Notre étude</b>	<b>29,81</b>	

La durée moyenne d'évolution des symptômes a été de 29,81 jours dans notre étude. Ce résultat ne diffère pas statistiquement de ceux des auteurs

Sangaré (Mali) [11] ; Millogo (Burkina Faso) [08], Audia (France) [27].

Par contre il existe une différence statistique de  $P=0,0001$  avec la série marocaine (55 jours) **Manass (Maroc)** [49].

Cela pourrait s'expliquer par le retard de consultation en structure sanitaire spécialisée.

##### 3.1.2 Signes fonctionnels

###### La douleur

-la douleur a été retrouvée chez tous nos patients. Elle siégeait dans 11 cas au niveau du flanc droit, 04 cas au niveau du flanc gauche, 05 cas au niveau lombaire, 10 cas dans la fosse iliaque droite et 01 cas dans fosse lombaire + fosse iliaque droite.

-Nos résultats concordent avec ceux de la littérature où la douleur a été retrouvée chez tous nos patients dans la quasi-totalité des séries revues.

##### 3.1.3 Signes généraux

###### 3.1.3.1 Altération de l'état général

**Tableau XXXIII: Altération de l'état général/auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Altération de l'état général</b>	<b>P</b>
Millogo ; Burkina Faso 2012 [08]	20	0,0002
Audia ; France 2006 [27]	16,67	0,0002
<b>Ghita I. M. H ; Maroc 2016 [49]</b>	<b>100</b>	<b>0,0001</b>
Sangaré ; Mali 2018 [11]	26,67	0,0832
<b>Notre étude</b>	<b>80,06</b>	

Dans notre étude, l'altération de l'état général a été retrouvée dans 80,06%. Ce résultat diffère à ceux des auteurs suivants : Millogo (Burkina Faso) [08], Audia (France) [27], Ghita I. M. H. M (Maroc) [49] et comparable à celui de Sangaré (Mali) [11]

L'altération de l'état général pourrait s'expliquer par le retard de consultation.

### **3.1.3.2 Fièvre**

La fièvre est le principal signe général retrouvé chez la quasi-totalité de nos patients, soit 21 cas sur 31, avec une température à 38,5°C. Chez dix (10) de nos patients la température était normale à l'admission. Ces derniers avaient reçu un traitement antérieur à base de paracétamol.

Ce résultat est similaire de celui de Sangaré [11], qui a retrouvé 24 cas sur 30. Contrairement à Millogo Burkina Faso [08], qui a trouvé 19 cas sur 20 et dans d'autres séries Manass, Maroc [49], Audia, France [27], qui ont retrouvé respectivement dans la totalité des cas, 16 cas sur 16 ; 6 cas sur 6.

Cela pourrait s'expliquer par l'utilisation abusive des antalgiques à la moindre symptomatologie dans notre milieu.

### **3.1.3.3 Signes physiques**

#### **🚩 Masse rénitente**

Notre étude a retrouvé, la masse rénitente et douloureuse siégeant au niveau de la fosse iliaque droite dans 10 cas sur 31, soit (32,25%). Ce résultat est inférieur

à ceux de : Sangaré [11], Millogo Burkina Faso [08], Ghita I. M. H. Maroc [49] avec des valeurs respectives (73,3%), (65%), (72,7), (70%).

Nos résultats pourraient s'expliquer par la longue évolution des symptômes ce qui favoriserait la formation d'abcès et une particularité chez l'enfant, la résorption est possible.

### **Psoïtis**

Ce signe était présent dans 15 cas sur 31, soit (48,3%). Ce taux ne diffère pas statistiquement de ceux des auteurs suivant : Sangaré [11] (73,3), Audia France [27] (33,3%).], Millogo Burkina Faso [08] (35%), Diakité I [10] et diffère de celui de Ghita I. M. H. Maroc [49]  $P=0,0001$  avec des valeurs (100%)

Ce faible taux de notification du psoïtis dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que les manœuvres permettant de mettre en évidence sont très peu décrites dans nos différentes observations, donc très peu recherchées lors de l'examen clinique de nos patients.

Au total, dans notre série et dans la plupart des séries de la littérature revue, le diagnostic clinique initial des abcès du psoas est souvent insidieux et dominé par la triade : fièvre, douleur lombaire et/ou iliaque et masse rénitente palpable ou simple empâtement.

Quant au psoïtis, signe spécifique de l'atteinte du psoas, il est inconstamment et rarement retrouvé.

## 3.2 Diagnostic para-clinique

### 3.2.1 Données biologiques

#### Hémogramme

**Tableau XXXIV: Résultats hémogramme/auteurs**

Auteurs	Anémie	Hyperleucocytose	CRP
Millogo ; Burkina Faso 2012[08]	72,7%	85%	-
Sangaré ; Mali 2018[11]	56,6%	73,3%	100%
Manass ; Maroc 2016 [49]	50%	100%	100%
Audia ; France 2006 [27]	66,6%	83,3%	100%
<b>Notre étude</b>	<b>80,6%</b>	<b>100%</b>	<b>61,2%</b>

L'hyperleucocytose a été retrouvée chez tous nos patients avec un taux de 100%. Ce résultat a été retrouvé de celui de Manass au Maroc [49] et diffère à ceux des auteurs suivant : [Millogo (Burkina Faso) [08], Sangaré (Mali) [11], Audia (France) [27].

#### Vitesse de Sédimentation (VS)

Dans les revues de la littérature, la VS est un paramètre constamment accélérée au cours des abcès du psoas [49, 50].

Dans notre série d'étude, 8 patients sur 12, avaient une VS accélérée à la 1ère heure.

Ce résultat est identique à celui de Sangaré (Mali), soit (66,6%) [11].

#### Hémocultures

Dans notre étude, aucun patient n'a réalisé cet examen.

Par contre dans l'étude de Mac Gillivray [51], a rapporté 70% de positivité des hémocultures pratiquées.

Cela pourrait s'expliquer par le non disponibilité de l'hémoculture dans notre structure.

### **ECB du Pus**

Il a été réalisé chez **27** patients, soit (87%). Le germe le plus fréquemment retrouvé était *Staphylococcus aerus*, soit (33,3%).

Ce résultat corrobore à ceux de la littérature [17, 30, 31, 32, 49].

## **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 [52]. Il permet également à la recherche étiologique d'origine osseuse de l'abcès [52].

Dans notre série, seulement 08 patients soit 25,8% des cas ont bénéficié de cet examen, qui a objectivé un effacement du bord externe du psoas avec une atteinte osseuse dans 02 cas.

### **Echographie abdominale**

Dans notre série, l'échographie a été réalisée chez la quasi-totalité de nos patients et elle a permis de confirmer le diagnostic. Le rôle de l'échographie dans le diagnostic positif des abcès du psoas est bien démontré dans la littérature [1, 6, 7, 21, 22, 31].

Cette fréquence élevée de l'échographie est due à l'accessibilité de cet examen.

### **Tomodensitométrie (TDM) et Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**

D'après plusieurs auteurs [50, 05], l'IRM a une valeur équivalente, voire supérieure à celle de la TDM dans le diagnostic des abcès du psoas, mais à cause de la non accessibilité de cet examen, elle n'a été réalisé chez aucun de nos patients.

## **4. Aspects thérapeutiques**

### **4.1. Traitement médical**

Une triple antibiothérapie inclusive associant Ceftriaxone, Métronidazole et Gentamicine a été suffisant pour le traitement de l'abcès du psoas chez 12 patients, soit 38,70%.

Kraïema [53] défend cette théorie de l'antibiothérapie seule sans drainage, mais dans des cas sélectionnés comme les abcès primaires non étendus aux structures voisines et de diamètre inférieur à 1,5 cm.

Par contre d'autres études sont contraires à cette théorie. Ce résultat peut être expliquer par la fréquence élevée des abcès primitifs du psoas chez les enfants.

### **4.2. Traitement chirurgical**

Dans notre étude, 19 patients ont bénéficié d'une chirurgie dont deux (2) par ponction Echo-guidée et dix-sept patients ont bénéficié une mise en plat + lavage +drainage.

Le drainage chirurgical est le type d'intervention le plus réalisé dans les pays en développement comme le nôtre [8,11].

Par contre, le drainage percutané est surtout l'apanage des pays développés. 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.

## **5. Mortalité**

Aucun cas de décès n'a été constaté dans notre série.

Le pronostic de l'abcès du psoas est généralement bon avec une faible mortalité qui dépend des complications postopératoires [08,11 ,17].

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1. CONCLUSION**

L'abcès du psoas est une pathologie rare. La triade clinique : fièvre, douleur iliaque et/ou lombaire, masse abdominale est d'une grande valeur sémiologique

L'échographie permet d'affirmer le diagnostic. La tomodensitométrie est l'examen le plus sensible pour le diagnostic.

Le drainage chirurgical, associé à une antibiothérapie à large spectre est l'option thérapeutique la plus pratiquée au Mali. Le staphylocoque est le germe le plus fréquemment incriminé.

Le pronostic de l'abcès du psoas est généralement bon.

## **2. 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 :**

- La mise à disposition d'un appareil échographique pour les urgences chirurgicales des centres hospitaliers ;
- 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-GT :**

- Doter les services du CHU-GT 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 thésards :**

- 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.

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

### 1. **Bharat R Dave, Ranganatha Babu Kurupati, Dipak Shah, et al.**

Outcome of percutaneous continuous drainage of psoas abscess : A clinically guidef technique.

India J Ortho. 2014 Jan-Fe; 48(1): 67-73.

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

### 2. **Toshihiko Takada, Kazuhiko Terada, Hideki Kajiwara, al.**

Limitations of using imaging diagnosis for psoas abscess in Its Ecarly Stage.

Intern Med 54: 2589-2593, 2015.<http://www.naika.or.jp/index.html>

### 3. **Young-Mi Han, Ah-Young Kim, Ryoung- Kyoung Lim et al.**

J Korean Med Sci 2015 ; 30 : 1203-1206

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

### 4. **Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O et al.**

Psoas abscess: case report and review of the literatue.

J Urol. 1992; 147(6): 1624-1626.

### 5. **Zissin R, Gayer G, Kots E, et al.**

Iliopsoas abscess: A report of 24 patients diagnosed by CT.

Abdominal Imaging 2001 ; 26 (5) : 533-5

### 6. **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.

### 7. **Audia S, Maetha B, Grappin M, et al.**

Les abcès pyogènes secondaires du psoas: à propos de 06 cas et revue de la littérature.

Rev. Med interne 2006 ; 27 : 828-35.

### 8. **Millogo K.**

L'abcès du psoas à propos de 20 cas colligés entre 2001 et 2012 au CHU-YO et à la PNDP Ouagadougou [Mémoire].

Ouagadougou, Université Josef KI-ZERBO, 2012 .

**9. Belgith M, Ben brahim M, Boudhina N, et al.**

Abcès du psoas chez l'enfant. A propos de 18 observations.

Prog Urol 2003 ; 13 : 1372-1375

**10. Diakité I.**

Abcès du psoas au CHU Gabriel Touré, Bamako (Mali) : à propos de 11 cas [Mémoire].

Bamako, Université de Bamako, 2006 ; (M 34).

**11. Sangaré S.**

Abcès du psoas au CHU Gabriel Touré, Bamako (Mali) : à propos de 30 cas [Mémoire].

Bamako, Université de Bamako, 2018 :

**12. Van sonnenberge E, Win ww, Kasola G et al.**

Temporizing affect of percutaneius drainages of complicated abscess i' criticalliy III patients.

AJR 2004, 142 : 821-326

**13. Santosha Y. Anatomie :** Le psoas , un muscle de grande importance !. Eklablog [en ligne].2018 [cite le 10 Sep 2021]. Disponible: [hpps://www.santosha.eklablog.com](https://www.santosha.eklablog.com).

**14. Mitsuhiro kinohita, shoichiro Takoa**

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

**15. Lucien L.**

Sémiologie chirurgicale 6è édition.Par philippe Boutelier.

Edition Masson, Paris, 1999

**16. Chakroun M, Ladeb M F, Bouzouaia N, et al.**

Les abcès du psoas à pyogène.

Sem Hôp paris 1995 ; 71 : 325-9

**17. Conde R, Estebanez J, Rodrigues A, et al.**

Treatment of psoas abscess : percutaneous drainage or open surgery. Prog.

Urol 2000 ; 10 (3) : 418-23

**18. Alonso M, Reyes G, Glera M.**

Abcès primitif du psoas : Etude rétrospective à propos de 2 cas.

J Chir(paris). 1990nov, 127 : 537-8.

**19. Finnerty R U, Vordermark J S, Modarelli R O, et al.**

Primary psoas abscess : case report and review of the Littérature

J Urol 1981 ; 126(1): 108-9.

**20. Lowe B A, Smith A Y.**

Primary psoas abscess .

J. Urol 1987 ; 137 485-6

**21. Rantamalala H Y, Rakotoarioa A J , Rakotoarioa B, et al.**

Les volumineux abcès primitifs du psoas chez l'enfant : à propos de 03 cas. Arch pédiatr. 12 (2005) : 102-04

**22. Marrakchi C, Kilani B, Kanoun F, et al.**

Les abcès mélitococciques du psoas : étude de 3 cas et revue de la littérature. Med Trop. 2006 ; 66 : 261-5.

**23. Muckley T, Schutz T, Kirschner M, et al.**

Psoas abscess:

the spine as a primary source of infection spine 2003; 28(6): E108-E113.

**24. Ricci M A, Rose F B, Meyer K K.**

Pyogenic psoas abscess : Worldwide variation in étiology. World

J Surg 2006 ; 20(5) : 834-43

**25. Gordin F, Stamlerc, Mills J.**

Pyogenic psoas abscesses: noninvasive diagnostic technique and review of the literature.

Rev infect Dis 2003; 5(6): 1003-11.

**26-Agrawal S N, Dwivedi A J, Khen M.**

Primary psoas abscess.

Dig Dis Sci 2002; 47(9) : 2103-5.

**27. Audia S, Martha B, Grappin M, et al.**

Les abcès pyogènes secondaires du psoas : à propos de 06 cas et revue de la littérature. Rev. Med interne 2006 ; 27 : 828-35.

**28. Mallick I H, Thoufeeq M H, Rajenran T P.**

Iliopsoas abscesses postgrad Med

J 2004 ; 80 (946) : 459-62.

**29. Miguel J, Miguelz J I, Mayo J, Collazos J, Martinez E, Marcos A.**

Absceso de psoas consideraciones diagnosticas y lerapenticas en cinco pacientes.

Rev clin Esp. 1993 ; 192-6.

**30. Lee Y T, Lee C M, Su S C, Liu C P, Wang T E.**

Psoas abcess : A 10 year review.

J Microbiol Immuno Infect 1999 ; 32, 1 : 40-6.

**31. Lossef S.**

Les abcès du psoas : A propos de 7 cas vus en deux ans à l'hôpital de Perpignan [Mémoire].

Thèse Med Montpellier (France) 1006.

**32. Penado S, Espina B, Francisco Campo J.**

Abscess of the psoas muscle. Description of series of 23 cases.

En ferm infecc Microbiol Clin. 2001 ; 19 (6) : 257-60.

**33. Cussenot O, Gasman D, Leduc A.**

Techniques chirurgicales : voies d'abord du rein. Encycl Med Chir, Editions techniques 1994.

**34. Lee Y T, Lee C M, Su S C, Liu C P, Wang T E.**

Psoas abcess : A 10 year review.

J Microbiol Immuno Infect 1999 ; 32, 1 : 40-6.

**35. Garcia V, Gutierrez J, Diaz CM.**

Absceso del psoas : presentación de ocho casos y revision de la literatura.

Rev clin Esp 1995 ;195-289-93

**36. Prassopoulos P K, Giannakopoulou C A, Apostolaski E G, et al.**

Primary ilio-psoas abscess extending to the thigh in a neonate: US, CT and MR findings. *Pediatr Radiol*; 1998; 28: 605-607.

**37. Raymond A C, Cutress M L, Sathesh-kumar et al.**

A problem in diagnostic imaging. *Clin ; Anat.* (2010); 00:001-003.

**38. Echarrab M, Medarhri J, El Ounani M, et al.**

Les abcès du psoas à propos de 21 cas.

*Med du Maghreb* 2000 ; 79 : 32-4.

**39. Masso-Missé P, Yao G S, Essomba M A, et al.**

Abcès primitif du psoas.

Une maladie courante dans pays tropicaux *J Chir. (Paris)*, 1994 ; 131, n°4 ; p : 201-04.

**40. Cantasdermir M, Kara B, Cebi D, Selcuk N D, et al.**

Computed Tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary ilio-psoas abscess.

*Clin Radiol* 2003 ; 58 :811-15.

**41. Gonzalez T, Diez A.**

Psoas abscess case report and review of the littérature.

*J Urol* 1996 ; 156 : 480

**42. Cussenot O, Gasman D, Leduc A.**

Techniques chirurgicales : voies d'abord du rein. *Encycl Med Chir*,

Editions techniques 1994

**43. Navarro V, Messegher V, Fernandez A, et al.**

Psoas muscle abscess. Description of a series of 19 cases.

*En ferm infecc microbiol clin.* 1998 ; 16 :118-22.

**44. El Anya A.**

Les abcès pyogène primitifs du psoas : à propos de 5 cas [Mémoire].

Thèse Med Casablanca 1998.

**45. N Karabayir, O Turel, C Aydodmus, et al.**

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

**46. H K K T Duminda, A K Lamahewage, A Liyange, et al.**

Abcès du psoas-iliaque dû à un staphylocoque doré résistant à la methicilline chez un nouveau-né de 26 jours.

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

**47. Ming-Shun Hsieh, Shih-Che Huang, El-Wui Loh, et al.**

Caracteristiques et modalités de traitement de l'abcès du psoas-iliaque et son évolution : une étude hospitalière de 6 ans.

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

**48. Mitsuhiro Kinoshita, Shoichiro Takao, Katsuya Takechi, et al.**

Drainage percutané des abcès musculaire du psoas et du psoas iliaque avec technique en une étape sous guidage fluoroscopique par tomодensitometrie en temps réel.

J.Med.Investir. Aout 2016 ; 63 v 323-327.

**49. IBN MAJDOUB HASSANI Ghita**

TRAITEMENT PAR DRAINAGE PERCUTANE DE L'ABCES DU PSOAS

Thèse médecine Maroc (Fès) 2016 N°015/16.

**50. Lossef S.** Les abcès du psoas. A propos de 7 cas vus en deux ans à l'hôpital de Perpignan.

Thèse Med Montpellier (France) 2006.

**51. Mac G D, Valentine R J, Johnoson J A.**

Strategies in the management of pyogenic psoas abscesses.

Am surg 2001; 707-15

**52. Gonzalez T, Diez A.**

Psoas abscess case report and review of the littérature.

J Urol 1996; 156: 480

**53. Kraiem C, Gharbhi H, Jemni.**

Abcès à pyogène du psoas.

J Radiol. 2004 ; 71 : 93-6

# ANNEXES

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

Numéro de la fiche d'enquête : .....

Numéro du dossier : .....

#### I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom et Prénom : .....

Age : .....

Sexe :

1-Masculin

2-Féminin

Ethnie :

1- Bambara

2- Peulh

3- Sonhaï

4- Soninké

5- Malinké

6- Mianka

7- Bobo

8- Touareg

9- Sénoufo

10- Dogon

11-Autres à préciser : .....

Adresse habituelle : .....

Contact à Bamako : .....

Provenance:

1-Bamako

2- Kayes

3- Koulikoro

4- Sikasso

5- Ségou

6- Mopti

7- Tombouctou

8- Gao

9- Kidal

10- Autres: .....

Nationalité :

1- Malienne

2- Autre

Adressé par :

1- Médecin

2- Infirmier

3- Autres à préciser : .....

#### II-DONNEES CLINIQUES :

##### Antécédents personnels

Médicaux :

1-Oui

2-Non

Si Oui à préciser : .....

Terrain :

1-Tuberculose

2-Diabète

3-HIV

4-Drépanocytose

5- Corticothérapie

Chirurgicaux :

1-Appendicite

2-Hernie Inguinale compliquée

3-Ostéo-arthrite

4-Abcès pariétal

5-Traumatisme du Flanc

Autres à préciser : .....

### Antécédents familiaux :

Diabète :

HIV :

1- Oui 2- Non

1- Oui 2-Non

### Examen du Patient

Motif de consultation :

Douleur du Flanc irradiant au niveau de la cuisse :

1-Oui 2-Non

Fièvre :

Impotence fonctionnelle :

1-Oui 2-Non

1-Oui 2-Non

Tuméfaction du Flanc :

Tuméfaction Inguinale :

1-Oui 2-Non

1-Oui 2-Non

Autres à préciser : .....

### Examen General :

Etat général :

a : Bon

b : Passable

c : Altéré

Température :

c: Normale

b: Hypothermie

c: Hyperthermie

Signes Physique :

- Inspection

Position antalgique :

Boiterie :

1-Oui	2- Non	1-Oui	2- Non
Raideur Articulaire : <input type="checkbox"/>		Psoititis : <input type="checkbox"/>	
1-Oui	2-Non	1-Oui	2- Non
• Palpation			
Masse du Flanc : <input type="checkbox"/>		Défense localisée du Flanc : <input type="checkbox"/>	
1- Oui	2-Non	1- Oui	2- Non
Empâtement : <input type="checkbox"/>			
1-Oui	2-Non		
Autres signes associés : .....			

### III.DONNEES PARACLINIQUES

#### 1-Imagerie

Echographie abdomino-Pelvienne

Résultat : .....

.....

Radiographie du bassin

Résultat : .....

.....

Abdomen Sans Préparation : .....

.....

Tomodensitométrie (TDM)

Résultat : .....

.....

#### 2- Biologie

NFS

Résultat : .....

.....

TP

Résultat : .....

.....

TCK

Résultat : .....  
.....

CRP :

Résultat : .....  
.....

VS :

Résultat : .....

ECBU plus antibiogramme :

Résultat : .....

ECB du pus plus antibiogramme :

Résultat : .....

3-Bilan du Terrain

Electrophorèse d'Hb

Résultat : .....  
.....

Sérologie HIV

Résultat : .....  
.....

Créatinémie :

Résultat : .....  
.....

Urée :

Résultat : .....  
.....

#### **IV.DONNEES THERAPEUTIQUES**

Médical :

Chirurgical :

1-Oui 2-Non

1-Oui 2-Non

Ponction écho-guidée :

1-Oui 2-Non

## V. EVOLUTION

Simple :

Complicquée :

Si complication

1-Lachage des fils

3-Récidive de l'abcès

5- Décès

2- Péritonite

4-Sepsis

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom : SAMAKE**

**Prénom : Maliki**

**Titre : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET  
THÉRAPEUTIQUE DE L'ABCES DU PSOAS DANS LE SERVICE DE  
CHIRURGIE PÉDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURÉ.**

**Année universitaire : 2019-2020.**

**Bibliothèque : FMOS**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Adresse : Bakaribougou**

**Email : mtofsamake@gmail.com**

**Tel : 76871267 / 69280457**

**Secteur d'intérêt : Chirurgie Pédiatrique**

**RESUME :** L'abcès du psoas est une affection rare, de plus en plus rapporté chez l'enfant. Nous avons colligé 31 cas d'abcès du psoas en 11 ans du 1<sup>er</sup> Janvier 2010 au 31 Décembre 2020 dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré au Mali. Les objectifs spécifiques étaient de déterminer la fréquence hospitalière, les principales étiologies et les différents germes responsables, décrire les aspects cliniques, para-cliniques et thérapeutiques et analyser les résultats du traitement. Il s'agit de 20 garçons et 11 filles, l'âge moyen était de 49,92 mois avec des extrêmes de 12 mois à 108 mois. Le tableau clinique avait associé à un syndrome fébrile et le signe de psoïtis. La biologie a trouvé un syndrome inflammatoire et une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles chez tous nos patients. L'échographie a objectivé une collection dans le psoas chez tous nos malades. L'étude bactériologique du pus avait retrouvé *Staphylococcus aureus* 7cas (33,3%), *Escherichia coli* 4 cas (19%), *Staphylococcus épidedirmis* 2 cas (9,5%), *Pseudomonas aeuginosa* (9,5%), *Enterobacter* 2 cas (9,5%), *Salmonella* 2cas (9,5%), *Enteritidis* 2 cas (9,5%), *Proteus mirabilis* 2 cas (9,5%).

Le traumatisme était l'antécédent le plus représenté. L'évolution était favorable chez 28 patients et une boiterie chez 3 patients.

Aucune récurrence et décès n'ont été constatés.

**Mots clés : Abscess, muscle psoas, psoitis, boiterie, surgical drainage, antibiotic, ultrasound-guided puncture.**

## 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'honoraire.

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 !**