

Image

Une cause inhabituelle de cruralgie

A cruralgia of unusual cause

P. Sève^{a,*}, E. Lanier-Gachon^a, V. Garbit^b, K. Stankovic^a, V. Lapras^c, C. Broussolle^a

^a Service de médecine interne, Hôtel-Dieu, 1, place de l'Hôpital, 69288 Lyon cedex 02, France

^b Service de chirurgie, hôpital de la Croix-Rousse, 93, grande rue de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France

^c Service de radiologie, Hôtel-Dieu, 1, place de l'Hôpital, 69288 Lyon cedex 02, France

Reçu le 22 juin 2006 ; accepté le 3 juillet 2006

Disponible sur internet le 21 juillet 2006

Mots clés : Abscès du psoas ; Abscès du rein

Keywords : Psoas abscess; Renal abscess

1. L'histoire

Une femme de 57 ans était hospitalisée pour bilan d'une douleur de la hanche gauche évoluant depuis une semaine associée à un diabète déséquilibré. Dans ces antécédents, on notait principalement : un diabète non insulino-dépendant, des épisodes de troubles du rythme auriculaire, une goutte, un syndrome anxiodépressif dans un contexte d'intoxication éthylotagique et une obésité gynoïde. Elle était traitée par rosiglitazone, metformine, aspirine et fluvoxamine. La douleur était permanente, augmentée par la mobilisation de la hanche, de la fosse lombaire gauche avec une irradiation vers le bas au niveau de la hanche gauche et de la face antérieure de la cuisse. Elle n'avait pas de fièvre, la pression artérielle était normale. L'examen clinique montrait une douleur du flan gauche et de la fosse lombaire gauche et un psoïtis. Les réflexes ostéotendineux étaient abolis aux membres inférieurs. L'examen des téguments et l'auscultation cardiopulmonaire étaient considérés comme normaux. La bandelette urinaire montrait la présence de leucocytes et de nitrites. L'hémogramme montrait une hyperleucocytose à 12,3 G/l composée de 72 % de polynucléaires neutrophiles, associée à une anémie hypochrome microcytaire à 103 G/l et une hyperplaquetose à 676 G/l. La glycémie était à 10,6 mmol/l et l'hémoglobine glyquée à 14,5 % (N : 4–6). L'ionogramme sanguin, le bilan hépatique

et la radiographie pulmonaire ne montraient pas d'anomalie. La CRP était à 120 mg/l, le fibrinogène à 7,5 g/l et l'électrophorèse des protéines sanguines mettait en évidence une élévation des alphaglobulines et une hypoalbuminémie. L'examen cyto-bactériologique des urines mettait en évidence une leucocyturie à 10⁴/ml et un *Escherichia coli* sécrétant d'une pénicillinase de bas niveau, en quantité importante (10⁷/ml). Les hémocultures étaient stériles. L'échographie abdominopelvienne mettait en évidence une structure hypoéchogène périrénale gauche, d'allure liquidienne confirmée sur le scanner (Fig. 1).

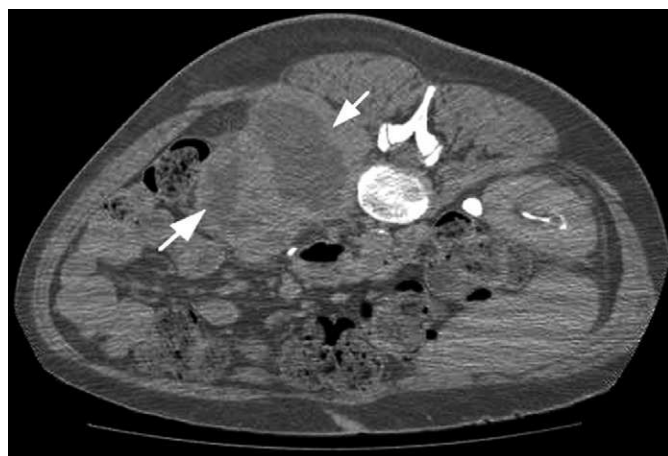


Fig. 1. Scanner abdominal sans injection : abcès du psoas gauche (flèche de droite) associé à un abcès du rein (flèche de gauche).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pascal.seve@chu-lyon.fr (P. Sève).

2. Le diagnostic

Un abcès du psoas secondaire à un abcès du rein.

3. Les commentaires

Le scanner montrait un abcès développé à la partie postérieure des pôles moyen et inférieur du rein gauche mesurant $73 \times 40 \times 55$ mm de grand axe fistulisé dans le muscle psoas gauche où l'abcès mesurait 81×42 mm d'axe transverse et antéropostérieure et s'étendait sur une hauteur de 15 cm. Une antibiothérapie était alors débutée par ceftriaxone à la dose de 1 g/j, et gentamicine à la dose de 3 mg/kg par jour, associée à une insulinothérapie intraveineuse. L'aminoside était remplacé par de l'ofloxacine au bout de sept jours. Un drainage percutané de l'abcès montrait un liquide purulent et la présence d'un *E. coli* de phénotype identique à celui isolé dans les urines. La persistance de la collection, huit jours après la mise sous antibiotiques conduisait à un drainage chirurgical de l'abcès. L'antibiothérapie par céphalosporines et fluoroquinolones était poursuivie, pour une durée totale de six semaines. L'évolution était lentement favorable avec la disparition du syndrome inflammatoire et la stérilisation des urines. Le scanner de contrôle montrait la persistance d'une image tissulaire d'allure séquellaire du pôle inférieur du rein gauche au contact du psoas.

Les abcès du psoas sont des pathologies rares [1]. On distingue les abcès primaires, plus fréquents au cours du diabète, du sida, en cas de toxicomanie intraveineuse, d'insuffisance rénale chronique ou d'immunodépression et les abcès secon-

naires, souvent d'origine intestinale, ostéoarticulaire ou comme dans notre observation, génito-urinaire [2]. Les signes cliniques sont peu spécifiques : fièvre, douleur abdominale, lombaire, amaigrissement et malaise. L'existence d'une cruralgie ou d'un psoïtis, comme dans notre observation, oriente vers le diagnostic. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire. Le scanner, plus sensible pour l'exploration du rétro-péritoine que l'échographie, est l'examen de référence pour le diagnostic [2]. Le diagnostic étiologique repose sur les prélèvements microbiologiques. Les agents infectieux sont le *Staphylococcus aureus* (80 %), suivis de *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus aphrophilus* et *Proteus mirabilis* [1]. Les bactéries de la flore intestinale, comme *E. coli*, les streptocoques, les entérobactéries et *Salmonella enteritidis* sont à l'origine des abcès secondaires. *Mycobacterium tuberculosis*, les mycobactéries atypiques ou *Brucella sp* sont rarement incriminées [2,3]. Le traitement repose sur l'antibiothérapie adaptée et prolongée, associée au drainage radiologique percutané [2]. Un drainage chirurgical est indiqué en cas d'échec ou de contre-indication du drainage radiologique et en cas pathologie abdominale nécessitant une intervention chirurgicale.

Références

- [1] Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. South Med J 2001;94: 2–5.
- [2] Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscess. Postgrad Med J 2004;80:459–62.
- [3] Bui E, Jaulhac JM, Youssef S. Abcès du psoas et brucellose. Rev Med Interne 2006;27:348–9.