

Abcès primitif du psoas chez l'enfant, difficultés diagnostiques et traitement non chirurgical : à propos de 2 cas.

N. Doumbouya (1), A. M. N'Goan-Domoua (2), C. Aguehoude (3), S. Da Silva-Anoma (3) & C. Roux (4) (5)

(1) Certificat d'études spéciales en chirurgie pédiatrique, Service de chirurgie pédiatrique, CHU Yopougon, 21 B.P. 632 Abidjan 21, Côte d'Ivoire.

(2) Assistant-chef de clinique en radiologie, Service de chirurgie pédiatrique, CHU Yopougon, 21 B.P. 632 Abidjan 21, Côte d'Ivoire.

(3) Maître de conférence agrégé en chirurgie, Service de chirurgie pédiatrique, CHU Yopougon, 21 B.P. 632 Abidjan 21, Côte d'Ivoire.

(4) Professeur de chirurgie pédiatrique, Service de chirurgie pédiatrique, CHU Yopougon, 21 B.P. 632 Abidjan 21, Côte d'Ivoire. Tél. 46 61 70 Poste 181, Fax (225) 46 67 27

(5) Courte note n°1862. "Clinique". Acceptée le 9 juillet 1997.

Summary: Primitive Psoas Abscess in Children, Difficulties of Diagnosis And Non Surgical Treatment : 2 cases.

Key-words: Psoas abscess -
Echography -
Antibiotherapy -
Limb-traction -
Côte d'Ivoire (Ivory coast)

From an analysis of two files of children carriers of primitive psoas abscess, the authors report the difficulties of diagnosis due to the rarity of this affection and the similarities of its symptomatology with osteoarthritis of the hip which is a common pathology at the pediatric surgery unit of C.H.U. Yopougon (Republic of Côte d'Ivoire).

A non surgical treatment made of antibiotherapy and traction fixed in the axis of the limb is proposed, since it helped the two patients who had presented an echographical stage II of psoas abscess to recover without after-effects.

Résumé :

A partir d'une analyse de deux dossiers d'enfants porteurs d'abcès primitif du psoas, les auteurs rapportent les difficultés diagnostiques liées à la rareté de cette affection et les similitudes de sa symptomatologie avec l'ostéoarthrite de la hanche qui est une pathologie fréquemment rencontrée dans le service de chirurgie pédiatrique du C.H.U de Yopougon (République de Côte d'Ivoire).

Un traitement non chirurgical à base d'antibiotiques et de traction collée dans l'axe du membre est proposé. Ceci a permis une guérison sans séquelles des deux malades au stade II échographique de l'abcès du psoas.

Mots-clés : Abcès du psoas -
Echographie -
Antibiothérapie -
Traction du membre -
Côte d'Ivoire

Introduction

L'abcès primitif du psoas chez l'enfant est une pathologie rare de diagnostic difficile (3) où l'échographie de l'abdomen occupe une place de choix. Son traitement a évolué du drainage chirurgical systématique à la ponction écho-guidée. L'hésitation entre une arthrite de hanche et un abcès du psoas nous a amené à opter en première intention pour un traitement non chirurgical chez deux malades.

Observations

MARYNX Z. G., fillette de 12 ans, 41 kg, a été admise le 26 avril 1995 pour douleurs abdominales et boiterie sans traumatisme depuis deux semaines. L'examen a noté un fessum de la hanche gauche, une fosse F.I.G. sensible. Devant l'inefficacité d'un traitement ambulatoire, la malade est réadmise 10 jours plus tard pour des douleurs lombaires gauches irradiant à la face interne de la cuisse, exagérées à l'extension du membre inférieur. L'hospitalisation est décidée avec une suspicion d'arthrite septique de la hanche gauche. Pendant l'hospitalisation apparaissent un empatement de la F.I.G., une psoïtis et une température à 38°5 C. Les rotations des hanches sont normales. Une antibiothérapie parentérale (céfapirine 75 mg/kg/j. en deux fois et aminoside 4 mg/kg 2fois/j) est entreprise après un bilan biologique infectieux. (NFS avec 9800/mm³ de GB, CRP = 128 mg/l, VS 130/165 1ère et 2ème heures). Malgré l'image échographique d'un abcès collecté du psoas en cours d'hospitalisation, le traitement de première intention est poursuivi pendant 10 jours, associé à une traction collée dans l'axe du membre inférieur gauche avec 1/7ème du poids corporel. Au 10ème jour d'hospitalisation, la température est normale, les signes bio-

logiques se sont améliorés et une antibiothérapie à base de céfadroxil 75 mg/kg/j en deux prises pendant 6 jours est instituée. La malade sort au 16ème jour d'hospitalisation, avec un traitement à base de céfadroxil pendant 20 jours. Deux mois plus tard, l'examen clinique est normal et le bilan infectieux est quasi-normal (GB =5600/mm³ ; VS : 65/96 et CRP : 3 mg /l). L'échographie a montré un épaississement du muscle psoas, témoin de l'inflammation antérieure.

KABRE A., fillette de 7 ans, 18 kg, a été admise le 08 octobre 1996 en chirurgie pédiatrique pour une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, une hyperthermie à 39° C et des douleurs abdominales depuis 48 heures. L'examen initial a retrouvé une psoïtis droite et une défense de la F.I.D. L'extension de la hanche est douloureuse, mais les rotations sont normales. La radio du bassin est normale, celle de l'abdomen sans préparation a montré une dextroconcavité du rachis lombaire ; les GB à 13400/mm³ avec 80 % de P.N. L'hémoculture isole un staphylocoque doré. Sont évoqués un abcès du psoas droit, une arthrite septique de la hanche droite et même un plastron appendiculaire. L'enfant est hospitalisée et une antibiothérapie par voie parentérale à base de céfapirine à 75 mg/kg/j en deux fois et d'aminoside 4mg/kg/j en deux fois est débutée pendant 10 jours. Une traction collée du membre dans l'axe du corps avec le 1/7ème du poids corporel a complété le traitement médical. L'échographie abdominale pratiquée en cours d'hospitalisation a montré un abcès collecté du psoas droit. Le traitement non chirurgical précité est maintenu. Au 10ème jour, une monoantibiothérapie par voie parentérale à base de céfapirine 75 mg/kg/j en deux fois pendant six jours est instituée. Le relais est pris par du céfadroxil 75mg/kg/j en deux prises pendant cinq jours, puis en ambulatoire pendant 21 jours. La courbe thermique est normale à partir du 16ème jour d'hospitalisation et les signes cliniques amendés. L'enfant sort au 21ème jour et est revue cinq mois plus tard, avec une marche normale sans attitude vicieuse.

Discussion

Les difficultés diagnostiques

Les rapports anatomiques du muscle psoas expliquent les difficultés du diagnostic de l'abcès primitif du psoas chez l'enfant (3, 4). Devant une boiterie fébrile et une psoitis, sont discutés : une pyélonéphrite, une appendicite aiguë, un phlegmon de l'aîne, un abcès du psoas et une ostéoarthrite septique de la hanche. Cette dernière a été évoquée comme diagnostic initial chez nos deux malades à cause de sa fréquence dans notre service (92 ostéoarthrites de la hanche contre deux abcès primitifs du psoas en cinq années), contrairement à l'observation qu'ont faite MASSO-MISSE et coll (2).

Si la triade symptomatologique (douleur abdomino-lombaire, psoitis et empâtement dans la fosse iliaque) mentionnée par LAMOUR et MASSO-MISSE (1, 2) en fait le diagnostic positif, une liberté de la rotation interne et externe de la hanche élimine une ostéoarthrite de la hanche. L'échographie permet de préciser le siège et l'importance de l'abcès et d'éliminer les autres affections. Elle n'a pu être réalisée en urgence dans nos deux cas pour cause de problèmes techniques. Le bilan biologique infectieux viendra en confirmer le caractère septique et suivre l'évolution.

La thérapie

L'évolution en trois stades échographiques (I, II, III) de l'abcès (1) justifie le traitement non chirurgical aux deux premiers stades, comme chez nos malades. L'indication de la ponction échoguidée se serait imposée à nous au stade III, si cet examen était réalisé le 1er jour.

Nous n'avons pas toujours fait de prélèvements bactériologiques ; cependant, l'indication de notre antibiothérapie est jus-

tifiée par le fait que le staphylocoque doré est largement prédominant dans les infections des parties molles et ostéo-articulaires, dans notre service comme ailleurs, dans les abcès primitifs du psoas chez l'enfant (1, 2, 3, 4). Le souci du maintien du traitement institué en première intention, bien que le diagnostic ait été rectifié par l'échographie, nous a fait économiser une rééducation fonctionnelle passive comme le préconise LAMOUR, afin d'éviter les rétractions séquellaires (1). Notre délai d'hospitalisation est voisin de celui observé dans les drainages (1, 2, 3) et se situe autour de 20 jours.

Conclusion

L'échographie abdominale est importante pour le diagnostic précoce. Le traitement non chirurgical au stade I et II peut trouver une place dans le protocole thérapeutique des abcès primitif du psoas.

Références bibliographiques

1. LAMOUR C, GAUDELUS J, PONCIN J, CHOUACHI B, NATHANSON M *et al.* - A propos d'une observation d'abcès primitif du psoas chez l'enfant. Intérêt de l'échographie. *Méd Inf*, 1981, **5**, 565-591.
2. MASSO-MISSE P, YAO GS, ESSOMBA A, MOUKOURI M, ABOLO-M'BENTI TIETCHE *et al.* - Abcès primaires du psoas. Affection courante en milieu tropical. A propos de 87 cas. *J Chir (Paris)*, 1994, **131**, 201-204.
3. SMITH S, LENARZ L, MOLLITT DL & GOLLADAY ES - The sore Psoas: a difficult diagnosis in childhood. *J Pediat Surg*, 1982, **17**, 975-978.
4. ZYCH GA & Mc COLLOUGH NC - Acute Psoas Abscess in newborn infant. *J Pediat Orthop*, 1985, **5**, 89-91