



Article original

Abcès du psoas chez l'enfant à Dakar : à propos de 24 cas

Psoas abscess in children at Dakar: about 24 cases

AS Mohamed*¹, G Ngom², A Diaby³, PA Mbaye², A Harraq², M Fall⁴, SH Kourachia⁵,
NA Ndoye², A Sagna², O Ndour³

Résumé

Introduction : L'abcès du psoas est une suppuration profonde du muscle psoas-iliaque. Le diagnostic clinique est difficile vu la situation anatomique profonde du muscle. Il repose essentiellement sur l'échographie abdominale. La prise en charge consiste en un drainage complet de l'abcès toujours associé à une antibiothérapie en fonction de la nature du germe.

Méthodologie : Nous rapportons une série de 24 cas colligés au service de Chirurgie pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec (HALD) de Dakar sur une période de 10 ans (de 2005 à 2015).

Résultats : L'âge moyen est de 8 ans (extrêmes : 8 mois - 15 ans) avec une prédominance masculine (16 boys). Les motifs de consultation étaient la fièvre et la douleur. Un psoitis avait été retrouvé chez 13 patients (54,2 %). L'échographie a permis de poser le diagnostic dans tous les cas et a guidé un drainage extra-péritonéale grâce à une voie d'abord transversale. Deux cas étaient des abcès secondaires à une appendicite aigue et à un néphroblastome. Le *Staphylococcus aureus* était le germe le plus

souvent isolé. Tous nos patients ont bénéficié une antibiothérapie. L'évolution était favorable chez tous nos patients.

Conclusion : L'échographie permet de poser le diagnostic de l'abcès primitif du psoas chez l'enfant. L'évolution sous traitement bien conduit est dans la majorité des cas favorable.

Mots-clés : Abcès, Psoas, Enfant, Echographie, Dakar.

Abstract

Introduction: Psoas abscess is a deep suppuration of psoas-iliacus muscle. Clinical diagnosis is difficult because of the deep anatomical location of the muscle and is therefore mainly based mainly on the echography. Therapeutically management consists on complete drainage of the abscess and is always combined with antibiotherapy depends on the germ nature.

Method: We report on 24 cases managed in the Pediatric Surgery Unit of University Hospital Aristide Le Dantec at Dakar during a 10 years period (from 2005 to 2015).

Results: The mean age was 8 years (extremes: 8 months - 15 years) with a male predominance (16 boys). Fever and pain were the most presenting symptoms. Psoitis was found in 13 patients (54.2%). Ultrasound made it possible to diagnose in all cases and guided extraperitoneal drainage through a transverse approach. Two cases were abscesses secondary to acute appendicitis and nephroblastoma. *Staphylococcus aureus* was the most frequently isolated germ. All our patients received antibiotic therapy. The evolution was favorable for all our patients.

Conclusion: Ultrasound is useful for accurate diagnosis of primitive psoas abscess in children. Evolution under a well conducted treatment is positive in most of cases.

Keywords: Abscess, Psoas, Children, Ultrasonography, Dakar.

Introduction

L'abcès du muscle psoas est une pathologie rare. Ils sont généralement secondaires à l'extension d'une infection intra- ou rétro-péritonéale (rénales, digestives ou osseuses) [1-6]. L'abcès primitif du psoas est très rare de pathogénie obscure [1-5]. Hafsa et al [7] ont rapporté récemment en Tunisie, 20 cas sur une période de 18 ans. Leur incidence annuelle est de 1,5 cas en Tunisie [8] et de 1,1 cas au Mali [9]. Nous rapportons une série de 24 cas observés au service de Chirurgie pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec (HALD) de Dakar au Sénégal, en insistant sur l'intérêt de l'échographie dans le diagnostic et la prise en charge de cette affection.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif allant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2015 soit une période de 10 ans, menée au service de Chirurgie Pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec (HALD) de Dakar. Ont été inclus tous les patients

âgés de moins de 15 ans ayant présentés un abcès du psoas et pris en charge dans ledit service durant notre période d'étude. Une fiche d'enquête préétablie nous a permis de recueillir les données auprès des dossiers de malades et des registres des protocoles opératoires. Nous avons étudié divers paramètres : épidémiologiques tels que le genre, l'âge réparti en quatre tranches allant de 8 mois à 15 ans et le délai de consultation. Nous avons aussi enregistré des paramètres cliniques (la présence ou non d'une tuméfaction douloureuse, d'une fièvre, d'une boiterie, d'un psoitis, ...) et biologiques : hémogramme sanguin (NFS), protéine-C-réactive (CRP), examen bactériologique. Tous nos enfants ont bénéficié d'une échographie et une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée chez deux patients. Une ponction percutanée à l'aiguille fine à visée bactériologique a été faite chez tous nos patients. Le drainage de l'abcès sous guidage échographique a été réalisée chez tous les enfants et ont été tous mis sous une double antibiothérapie à l'admission associant la Gentamicine et le Metronidazole puis un relais oral à la sortie avec l'association Amoxicilline et Acide Clavilanique (Amox-Clav).

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide des logiciels Microsoft Office Excel 2010 et Epi-Info.

Résultats

Au total, 24 cas d'abcès du psoas ont été colligés durant notre période d'étude soit une incidence annuelle de 2,4 cas. On notait une prédominance masculine avec 16 garçons et 8 filles soit un sexe ratio de 2. La moyenne d'âge de nos patients était de 8 ans avec des extrêmes de 8 mois à 15 ans. Les enfants âgés de 6 à 12 ans étaient les plus touchés avec 41,7 % des cas suivis des enfants âgés entre 3 et 5 ans avec 29,2 % des cas (figure 1). La durée d'évolution avant la première consultation variait de 5 jours à 2 mois avec une moyenne de 25 jours.

Sur le plan clinique, une fièvre était notée chez 12 patients soit dans 50 % des cas et une boiterie

homolatérale chez 9 patients soit dans 37,5 % des cas. Une douleur a été retrouvée dans 20 cas (83,3 %). Elle était localisée au niveau des flancs dans 7 cas, à la hanche dans 6 cas, aux fosses iliaques dans 5 cas et au niveau de l'aîne dans 2 cas. L'examen clinique avait noté une masse douloureuse dans 9 cas. Elle était située à la fosse iliaque droite chez 5 enfants et à la région lombaire chez 4 patients. Un psoitis avait été retrouvé chez 13 patients soit dans 54,2 % des cas. D'autres signes associés ont été notés : une altération de l'état général et des vomissements chez 4 patients et une défense abdominale dans 6 cas.

A la biologie, on notait un syndrome inflammatoire biologique important chez certains enfants avec une hyperleucocytose supérieure à 10 000/mm dans 19 cas (79,2 %) et une CRP à 60 mg/ml dans 5 cas. L'étude bactériologique du liquide de ponction avait isolé un germe dans 9 cas (37,5 %) et le *Staphylococcus aureus* était le plus souvent isolé soit chez 5 enfants (tableau 1).

La radiographie standard (ASP) réalisée chez deux patients, avait mis en évidence la présence de bulles gazeuses latéro-rachidiennes. L'échographie avait objectivé chez tous nos patients une masse du psoas. Elle a permis d'évoquer le diagnostic d'abcès du psoas dans tous les cas. Il s'agissait d'une tuméfaction ayant perdu son caractère hypo-échogène et fibrillaire habituel dans 5 cas, d'une masse hétérogène avec des zones liquéfiées anéchogènes dans 7 cas et d'une masse hypo-échogène hétérogène dans 12 cas.

La recherche d'une étiologie rénale ou abdominale a permis de retrouver deux cas secondaires à une appendicite aigue et à néphroblastome. Dans 22 cas, il s'agissait d'un abcès primitif.

Tous nos enfants avaient bénéficié d'un traitement médical associant deux antibiotiques par voie injectable, le Métronidazole à 30-40 mg/Kg par jour en trois prises et la Gentamicine selon l'âge (tableau 2), puis le relais oral après amélioration clinique et biologique par l'Amox-Clav selon le poids (tableau 2). Devant la douleur et la fièvre, un traitement antalgique antipyrétique a été associé à base de Paracétamol à 15 mg/Kg trois à quatre prises par jour.

Tous nos patients avaient bénéficié d'un drainage extra-péritonéale grâce à une voie d'abord transversale. Le geste consistait à une mise à plat de l'abcès qui a ramené une quantité variant de 20 cc à 500 cc, un lavage abondant de la cavité avec du sérum physiologique. Une lame de Deblet a été mise en place.

L'évolution était favorable chez tous nos patients. Aucun cas de récédive ni de décès n'avait été observé dans notre série.

Tableau I : Répartition des germes isolés chez nos patients

Germe isolés	Nombre
Streptocoque β -hémolytique du groupe F	01
Streptocoque pyogènes	01
Staphylococcus aureus	05
Escherichia coli	01
Pseudomonas aeruginosa + Citrobacter amalonoticus	01
Total	09

Tableau II : Posologie de la Gentamicine selon l'âge des enfants

Age	Posologie
Nouveau-né	4 mg/Kg par jour
Nourrisson	4,5 mg/Kg par jour
Petit enfant	3 mg/Kg par jour
Grand enfant	3 mg/Kg par jour

Tableau III : Répartition des études selon la moyenne d'âge

Auteurs	Pays	Age moyen (an)
Oosthuizen [8]	Afrique du Sud	6,05
Hafsaa [7]	Tunisie	7,8
Rantomalala [9]	Madagascar	10
Notre étude	Sénégal	8

Discussion

Il s'agit d'une affection rare. L'âge du diagnostic est variable, aussi bien chez le nouveau-né que chez le grand enfant. Cependant, la pathologie est beaucoup plus fréquente chez le grand enfant [7-9]. Ce que confirme notre étude avec une moyenne d'âge de 8 ans comparable à celle rapportée dans plusieurs séries (Tableau 3). On notait une prédominance masculine dans notre série. Pour plusieurs auteurs, cette tendance est liée à la grande fréquence des abcès primitifs qui touchent plus les garçons que les filles [10-13].

L'abcès du psoas se situe dans une zone profonde, ce qui peut rendre son diagnostic difficile. La symptomatologie n'est pas spécifique, ce qui rend le diagnostic parfois long et difficile. La fièvre, la boiterie, la douleur abdominale sur une masse palpable avec un psoïtis sont souvent rapportés [9, 10]. Parfois le diagnostic est tellement évident à l'examen clinique, que l'imagerie n'est pas nécessaire. Ainsi dans la série d'Oosthuizen [8] portant sur 119 enfants présentant un abcès du psoas, près du tiers des enfants (36 %) ont été opérés sans bénéficier d'une exploration radiologique. Cependant, le diagnostic reste difficile, du fait du polymorphisme de l'affection et parfois d'une antibiothérapie intempestive. Dans tous les cas, la symptomatologie est pauvre et assez peu spécifique, responsable d'un retard diagnostique parfois de plusieurs semaines. Les signes les plus fréquemment rencontrés sont une fièvre, une douleur dorsale ou abdominale, siégeant au flanc ou à la fosse iliaque parfois accompagnée ou non d'un psoïtis. L'imagerie reste donc très utile pour confirmer ou infirmer le diagnostic. L'échographie est l'examen de choix dans le diagnostic de l'abcès du psoas [4]. Dans le contexte de l'urgence c'est souvent le seul et meilleur examen disponible de par sa sensibilité qui peut avoisiner les 80 % [14]. Les autres examens d'imagerie (ASP et UIV) sont peu réalisés car peu contributifs ou indisponibles ou leur réalisation difficile chez l'enfant (TDM et IRM) [4]. Dans notre série, les signes cliniques orientaient souvent vers le diagnostic d'un abcès du psoas et l'échographie confirmait toujours

notre diagnostic. Ainsi aucun enfant n'a bénéficié d'une TDM ni d'une IRM, comme préconisé par certains auteurs [8, 14].

Sur le plan biologique, il existe souvent un syndrome inflammatoire non spécifique constitué par une hyperleucocytose, une accélération de la vitesse de sédimentation (VS) et une CRP positive. Ce qui constitue un diagnostic d'orientation s'il est corrélé aux données cliniques. Dans notre étude, la NFS et la CRP étaient les deux examens les plus pratiqués. Ils étaient aussi très utiles dans la surveillance du traitement. La recherche d'un germe est indispensable. Elle permet de faire un antibiogramme et d'ajuster le traitement. Dans la littérature le germe le plus souvent en cause, surtout dans les pays en développement, où on trouve plus d'abcès primitifs, est le staphylocoque [3, 15, 16]. Cependant, les cultures ne sont pas toujours positives et cela est le plus souvent lié à une antibiothérapie administrée de façon intempestive. Ce que confirment nos résultats. En effet, dans plus de la moitié des cas, le staphylocoque était le germe isolé. Les indications thérapeutiques dépendent essentiellement de trois facteurs : le caractère primitif ou secondaire de l'abcès, la taille de l'abcès et son stade évolutif. Devant un abcès primitif du psoas de petite taille ou au stade pré-suppuratif, l'antibiothérapie seule peut suffire. Karlı [17] en Turquie et Hafsa en Tunisie [7] ont adopté cette attitude et l'évolution était favorable. Cependant, les malades qui doivent bénéficier d'une antibiothérapie seule doivent être bien sélectionnés au risque de faire échouer la prise en charge. Gharbi [10] a rapporté deux cas de résistance au traitement médical seul chez deux enfants présentant des abcès primitifs de petite taille. C'est pour cette raison que nous recommandons le traitement antibiotique seul, uniquement au stade pré-suppuratif. Ainsi le drainage percutané ou chirurgical reste le traitement de choix de l'abcès primitif du psoas. Le drainage percutané peut être de préférence échoguidé ou scano-guidé [11, 12]. Dans notre série, nous associons l'antibiothérapie au drainage chirurgical extra-péritonéal. Tous nos abcès étaient diagnostiqués au stade collecté et les délais

diagnostiques étaient longs. Notre attitude résolument chirurgicale, en plus des raisons évoquées tantôt, est liée aussi à une insuffisance du plateau technique, l'échographie étant indisponible aux urgences et aux structures de santé situées dans les régions non dotées d'échographies et où le personnel de soins n'est pas forcément sensibilisé au diagnostic de l'abcès du psoas. De plus cette méthode, qui du reste est invasive, permet aussi d'aspirer tout le pus et de nettoyer la cavité, ce qui nous a permis d'avoir d'excellents résultats thérapeutiques avec une morbidité et une mortalité nulle. Par contre, dans les abcès secondaires du psoas, la chirurgie ouverte est souvent justifiée pour traiter l'étiologie comme c'est le cas pour notre enfant qui a bénéficié d'une appendicectomie.

Conclusion

Les abcès du psoas sont rares et difficiles à diagnostiquer en raison de symptômes non spécifiques, ce qui entraîne un diagnostic tardif et de nombreuses complications. Par conséquent, les abcès du psoas doivent être évoqués chez un enfant présentant des plaintes de douleurs aux flancs ou de la fosse iliaque et les jambes et une boiterie accompagnée d'une fièvre et ou d'un psoitis. L'échographie est d'une grande valeur pour confirmer le diagnostic. Le traitement associe l'antibiothérapie et le drainage percutané échoguidée. L'évolution reste toujours favorable si la prise en charge est bien conduite. Le renforcement de capacités des personnels des services d'imagerie au dépistages et diagnostic rapide d'un abcès du psoas peut contribuer à une meilleure prise en charge de cette pathologie. Une sensibilisation chez les praticiens hospitaliers et la disponibilité et accessibilité aux antibiotiques peuvent également améliorer le diagnostic et la prise en charge.

Etat des connaissances actuelles sur le sujet

Affection rare qui touche les enfants et adultes
Deux formes : primitive sans cause apparente et secondaire à des affections de l'appareil urinaire et abdominale.

Contribution de notre étude à la connaissance

Notre étude a montré que l'abcès du psoas reste une réalité dans notre contexte. Les formes primitives sont majoritaires et touchent plus souvent le garçon. L'échographie permet de poser le diagnostic et guider le drainage.

Le staphylocoque est le germe le plus souvent isolé.

L'évolution est favorable.

Contributions des auteurs :

L'ensemble des auteurs ont participé à la conception et réalisation de l'enquête sous la Coordination Du Dr Mohamed AS et le Pr Ngom G. Mme Kourachia SH et Dr Diaby A ont conduit la collecte et saisie des données ainsi que l'analyse. La rédaction a été coordonnée par Dr Mohamed AS, Pr Ngom G et Dr Diaby et l'ensemble des auteurs ont participé activement et validé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Azhar Salim MOHAMED

azhar1er@yahoo.com

Disponible en ligne : 15 Mars 2025

- 1 : Médecin du Travail. Moroni, Union des Comores.
- 2 : Service de Chirurgie pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants Albert Royer de Dakar, Sénégal.
- 3 : Institut de Formation et de Recherche en Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR), Dakar - Sénégal.
- 4 : Service de Chirurgie pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, Sénégal.
- 5 : Direction Régionale de la Santé de Ngazidja, Moroni. Union des Comores.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Audia S, Martha B, Grappin M, Duong M, Buisson M, Couaillier JF, et al. Les abcès pyogènes secondaires du psoas : à propos de six cas et revue de la littérature. *Rev Med Interne*. 2006;27:828-35. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.07.010>.
- [2] Golli M, Hoeffel C, Belguith M, Nouri A, Ben Hammouda M, Kallala C, et al. Les abcès primitifs du psoas chez l'enfant : six cas. *Arch Pediatr*. 1995;2:143-6. [https://doi.org/10.1016/0929-693X\(96\)89874-5](https://doi.org/10.1016/0929-693X(96)89874-5).
- [3] Echarrab M, Medarhri J, El Ounani M, Louchi A, Amraoui M, Errougani A, et al. Les abcès du psoas à pyogènes : à propos de 21 cas. *Médecine du Maghreb*. 2000;79:32-4.
- [4] Rabii R, el Moussaoui A, Rais H, Debbagh A, el Mrini M, Benjelloun S. Les abcès primitifs à pyogène du psoas : à propos de cinq cas. *Ann Urol (Paris)*. 1997;31:361-5.
- [5] Zissin R, Gayer G, Kots E, Werner M, Shapiro-Feinberg M, Hertz M. Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdom Imaging*. 2001;26:533-9. <https://doi.org/10.1007/s002610000201>.
- [6] Muttarak M, Peh WC. CT of unusual iliopsoas compartment lesions. *Radiographics*. 2000;20:S53-S66. https://doi.org/10.1148/radiographics.20.suppl_1.g00oc07s53.
- [7] Hafsa C, Gollia M, Kriaaa S, Salema R, Jazaerlia N, Mekhib M, et al. Diagnostic et traitement des abcès primitifs du psoas chez l'enfant. *J Pédiatr Puéricult*. 2007;20:14-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2006.12.007>.
- [8] Oosthuizen GV, Harrower JE, Hadley GP. Psoas abscess in children: making the diagnosis. *Trop Doct*. 2006;36(4):246-7. <https://doi.org/10.1258/004947506778604760>.
- [9] Rantomalala HYH, Rakotoarisoa AJC, Rakotoarisoa B, Andriamanarivo ML, Rakototiana A, Kapisy JF. Les volumineux abcès primitifs du psoas chez l'enfant: à propos de trois cas. *Arch Pédiatr*. 2005;12(1):102-4. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.06.006>.
- [10] Gharbi Y, Cherif M, Gargah T, Chammakhi C, Chbil M. Les abcès primitifs du psoas chez l'enfant. *Tunis Med*. 2012;90(6-7):479-83. <https://latunisiemedicale.com/pdf/VOL-90-N06-n12.pdf>.
- [11] Belgith M, Ben Brahim M, Jouini R, Boudhina N, Mekki M, Nouri A. Abcès du psoas chez l'enfant. A propos de 18 observations. *Prog Urol*. 2003;13(6):1372-5.
- [12] Ben Miled K, Hendaoui L, Ben Thabet I, M'Rad S, Belkhouidja C, Ben Chaabene T. Traitement percutané de l'abcès primitif du psoas. *Tunis Méd*. 1992;70(12):567-70.
- [13] Marrakchi C, Kilani B, Kanoun F, Abdelmalek R, Tiouiri H, Goubontini A, et al. Les abcès mélitococciques du psoas : étude de 3 cas et revue de la littérature. *Med Trop*. 2006;66(3):261-5.
- [14] Guermoune H. Abcès du psoas : apport de l'échographie dans le diagnostic et le traitement [Thèse Médecine]. Casablanca: Université Hassan II; 1994.
- [15] Kabbaj N, Erraji M, Gharib N, Chemry I, Ettayebi F, Benhammou M. Les abcès du psoas. *Maroc Méd*. 2001;23(1):97-100.
- [16] Kraiem C, Gharbi H, Jemni M, Jemni L, Tlili K, Ernez M, et al. Les abcès à pyogènes du psoas. *J Radiol*. 1990;71:93-6.
- [17] Karlı A, Belet N, Danacı M, Avcu G, Paksu Ş, Köken Ö, et al. Iliopsoas abscess in children: report on five patients with a literature review. *Turk J Pediatr*. 2014;56(1):69-74. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2014.1317>.

Pour citer cet article :

AS Mohamed, G Ngom, A Diaby, PA Mbaye, A Harraq, M Fall et al. Abcès du psoas chez l'enfant à Dakar : à propos de 24 cas. *Jaccr Africa* 2025; 9(1): 226-231

<https://doi.org/10.70065/2591.jaccrAfri.011L011503>