

PYOMYOSITE BIFOCALE À STREPTOCOQUE A CHEZ UN PATIENT IMMUNOCOMPÉTENT

BIFOCAL PYOMYOSITIS CAUSED BY GROUP A STREPTOCOCCAL IN AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT

K. Ben Abdelghani, M. Mahfoudhi, I. Gorsane, S. Barbouche, S. Turki, A.Kheder.

Service de Médecine Interne A, Hôpital Charles Nicolle, Tunis.

Correspondance :

Dr K. Ben Abdelghani
Service de Médecine Interne A.
Hôpital Charles Nicolle.
Boulevard 9 Avril BS, 1006 Tunis -
Tunisie
Tél : (216) 22584779
Fax : (216) 71560280 / 71562835
Email : bakhaoula@yahoo.fr

Résumé :

La pyomyosite est une infection primitive à pyogènes des muscles striés squelettiques sans destruction ni nécrose musculaire. Sa pathogénie reste mal élucidée. Elle s'observe chez l'adulte immunodéprimé ou à la suite d'un traumatisme. Sa survenue chez le sujet immunocompétent est rare.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 64 ans, hospitalisé pour des myalgies avec raideur cervicale et des douleurs abdominales évoluant dans un contexte infectieux. Les hémocultures ont isolé un streptocoque A. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique ont objectivé deux collections abcédées cervicale et rétropéritonéale. Aucune porte d'entrée n'a été trouvée ni de facteur d'immunodépression. Le traitement initial à base d'antibiothérapie a permis une régression complète de la collection cervicale et devant la persistance de la collection rétropéritonéale, un drainage sous scanner a été réalisé permettant une guérison complète.

En conclusion, la pyomyosite peut survenir en dehors de toute immunodépression, le tableau clinique peut être trompeur, cependant le scanner et l'imagerie par résonance magnétique sont d'un grand apport diagnostique.

Mots clés : Pyomyosite – muscle – infection – immunocompétent.

Abstract:

Pyomyositis is defined as suppurative infection of skeletal muscle occurring without muscle destruction or necrosis. The pathogeny remains unclear. It occurs in immunocompromised patients or after a traumatism.

We report the case of a 64 years old patient, hospitalized for myalgia, stiffness of the neck and abdominal pain evolving in an infectious context. Blood culture revealed a streptococcus A. The computed tomography and the magnetic resonance imaging showed two cervical and abdominal collections. No predisposing conditions or factors associated with immunodeficiency was found. The initial treatment involve antibiotics allowed a complete regression of the cervical collection. For the abdominal collection, a drainage under computed tomography guidance was realized allowing full recovery.

We conclude that pyomyositis can occur in immunocompetent patients. The clinical presentation is not typical; however computed tomography and magnetic resonance imaging are the best investigations for confirming the diagnosis.

Key words: Pyomyositis – muscle – infection – immunocompetent.

INTRODUCTION

La pyomyosite est une infection rare des muscles squelettiques. Décrite initialement dans les pays tropicaux, elle touche essentiellement les sujets immunodéprimés et elle est souvent due à *Staphylococcus aureus*. Nous rapportons le cas d'une pyomyosite non tropicale, à Streptocoque du groupe A survenue chez un patient immunocompétent.

OBSERVATION

Mr MH, âgé de 64 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a été hospitalisé pour des céphalées, cervicalgies, douleurs abdominales et vomissements évoluant depuis une semaine. L'examen clinique a noté une fièvre à 39°C, une raideur rachidienne cervicale avec une douleur à la palpation des muscles paravertébraux. Les signes de Kernig et de Brudzinski étaient négatifs, l'abdomen était souple et indolore avec une douleur à la palpation de la fosse lombaire gauche. La biologie a montré une hyperleucocytose à 25000/mm³ dont 90 % de polynucléaires neutrophiles (PNN), une C-réactive protéine à 200 mg/l, une vitesse de sédimentation à 100 mm à la première heure, une fibrinémie à 6,5 g/l, une protidémie à 79 g/l, une albuminémie à 22,5 g/l, une gammaglobuline à 23 g/l à base large, une créatininémie à 76 µmol/l, une glycémie à 5 mmol/l et les enzymes musculaires étaient normales. L'examen cyto bactériologique des urines était négatif, de même que la ponction lombaire. Les hémocultures ont isolé un Streptocoque du groupe A, sensible à l'ampicilline, au céfotaxime, à l'érythromycine et à la pristinamycine. La radiographie du rachis cervical a montré un épaississement des parties molles prévertébrales. La tomodensitométrie (TDM) cervicale a objectivé une collection rétropharyngée latéro-cervicale bilatérale s'étendant de l'articulation C1-C2 jusqu'à C2-C3.

Devant cette septicémie à streptocoque du groupe A avec une localisation cervicale, d'autres localisations secondaires étaient recherchées. L'échographie cardiaque était normale, l'échographie abdominale a montré une formation hypoéchogène du psoas gauche. La TDM abdominale a objectivé une formation rétro-péritonéale latéralisée à gauche, hypodense entourée d'une paroi propre qui se rehausse après injection de produit de contraste. Elle mesure 7 cm x 5,5 cm, refoule le hile rénal gauche, en contact avec l'aorte abdominale et le psoas lombaire qu'elle infiltre (Figure 1). D'autres

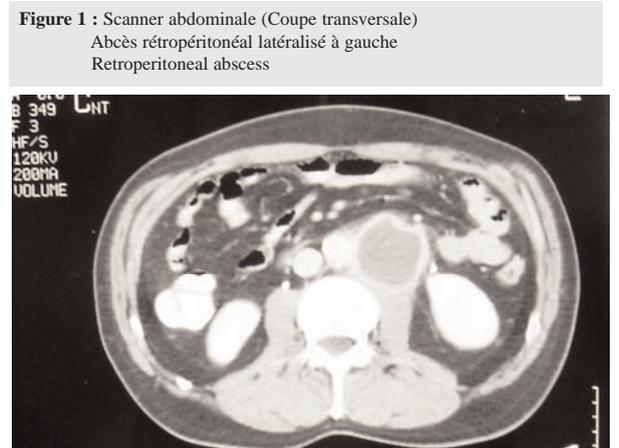


Figure 1 : Scanner abdominale (Coupe transversale)
 Abscès rétro-péritonéal latéralisé à gauche
 Retroperitoneal abscess



Figure 2 : IRM abdominale (Coupe sagittale)
 Abscès rétro-péritonéal
 Retroperitoneal abscess

collections cervicale et rétro-péritonéale déjà citées (Figures 2, 3). Le diagnostic de pyomyosite bifocale d'origine bactérienne est retenu. La recherche d'une porte d'entrée est restée négative. Aucun facteur d'immunodépression n'a été trouvé. La sérologie VIH était négative ; la glycémie, les fractions du complément et les immunoglobulines étaient normales. Le traitement était initialement à base d'antibiothérapie (Céfotaxime) par voie parentérale pendant 6 semaines à la dose de 12 grammes par jour. L'évolution était favorable avec une

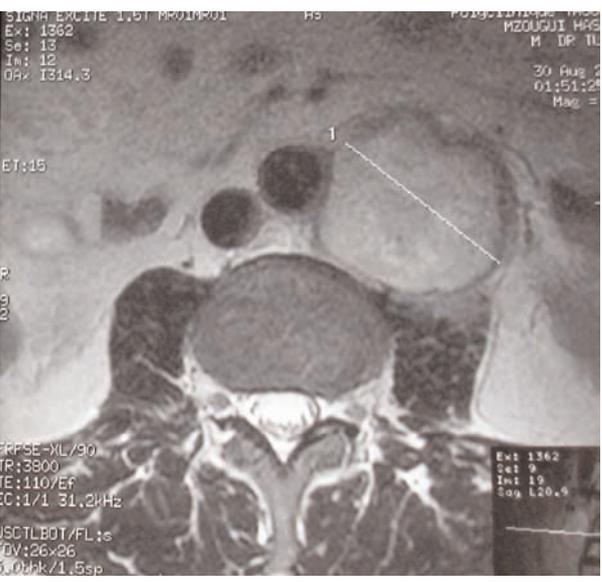


Figure 3 : IRM abdominale (Coupe transversale)
 Abscès rétro-péritonéal
 Retroperitoneal abscess

apyrexie au 2ème jour et une disparition totale de la douleur et la raideur cervicale au 6ème jour. Le bilan inflammatoire s'est normalisé après deux semaines. Une tomодensitométrie de contrôle faite après trois semaines de traitement a montré la disparition totale de la collection cervicale. Devant la persistance de la collection rétropéritonéale, on a eu recours à un drainage sous scanner réalisé après 6 semaines de traitement antibiotique permettant une guérison complète.

DISCUSSION

La pyomyosite a été décrite initialement en 1885 par Scriba [1], elle survient généralement dans les pays tropicaux avec une incidence annuelle de 0,2 à 1 pour mille. Elle se voit à tous les âges mais elle est plus fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune avec un sexe ratio H/F de 3/1 [2, 3]. Sa pathogénie reste incertaine, les muscles squelettiques étant très résistants aux infections. Le rôle des carences alimentaires surtout en vitamines B et C a été évoqué [2].

Des circonstances favorisant telles que les traumatismes musculaires, l'effort physique et la rhabdomyolyse ont été incriminés dans l'apparition de pyomyosites, parfois, on trouve un facteur local tel qu'une infection cutanée ou une excoriation. Dans certains cas, aucun facteur favorisant n'est retrouvé ce qui fait évoquer une prédisposition musculaire à l'inoculation bactérienne et la formation d'abcès.

La pyomyosite n'a été décrite, en dehors des régions tropicales, qu'en 1971 [4]. La pyomyosite non tropicale est rare, elle touche l'adulte avec des pics de fréquence à 40 et 65 ans. Elle est en rapport surtout avec un état d'immunodépression, secondaire au diabète, à un traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs au long cours, à une néoplasie ou bien à une infection à VIH [5]. Cependant, de rares cas de pyomyosites non tropicales survenant chez des sujets immunocompétents ont été rapportés dans la littérature [3, 6, 7]. Chez notre malade, aucun facteur prédisposant n'a été identifié, il n'avait pas d'éléments d'immunodéficience héréditaire ou acquise et la recherche de porte d'entrée est restée négative.

Les anomalies anatomopathologiques consistent initialement en un œdème qui sépare les fibres musculaires et les microfibrilles, puis il y a apparition d'une myocytolyse progressive qui peut évoluer soit vers l'abcédation soit vers la guérison [3]. Ainsi, la maladie évolue en 3 stades. Un stade pré-suppuratif, qui dure 2 à 3 semaines, d'évolution insidieuse, avec des crampes diffuses dans un contexte fébrile. Le diagnostic est difficile à ce stade et se fait souvent ultérieurement. Ensuite, vient le stade suppuratif avec l'apparition d'un ou de plusieurs abcès intramusculaires surtout au niveau des cuisses, du muscle psoas et de la paroi abdominale [2]. Enfin, le stade de diffusion systémique pouvant conduire à un état de choc septique [3]. L'atteinte touche un seul muscle dans 30 % des cas. Une extension par contiguïté aux autres masses musculaires est possible [8]. Dans 30 % des cas, l'atteinte musculaire est d'emblée multiple, comme ça été le cas chez notre patient où le diagnostic a été posé au stade d'abcès multiples.

A la biologie, on note un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à PNN. Les enzymes musculaires sont le plus souvent normales.

Les germes isolés (hémocultures, ponction échoguidée ou drainage chirurgical) au cours des pyomyosites non tropicales sont *Staphylococcus aureus* dans 60% des cas, les bacilles à Gram négatif dans 16% des cas, les Streptocoques dans 12% des cas et *Candida* sp dans 2% des cas. Dans les pyomyosites

tropicales, *Staphylococcus aureus* est trouvé dans 95 % des cas [5]. Les hémocultures sont positives dans 35% des cas dans les pyomyosites non tropicales contre 5% dans les formes tropicales [9].

La radiologie est d'un grand apport diagnostique, l'échographie, localise les abcès qui apparaissent sous forme de collections hypoéchogènes, mais c'est la TDM qui permet de faire un diagnostic précoce et d'éliminer les autres lésions des tissus mous et des structures osseuses. L'IRM est l'examen le plus sensible et spécifique [3, 8]. La scintigraphie au gallium est un examen très sensible qui permet de localiser l'ensemble des collections [9].

Le traitement est à base d'antibiothérapie adaptée, pendant en moyenne 3 à 4 semaines, parfois associé à un drainage chirurgical ou sous guidage scannographique [3]. La durée totale du traitement antibiotique n'est pas codifiée et elle dépend de la nature du germe et de la taille de l'abcès [5]. Dans notre cas, l'antibiothérapie seule n'était pas efficace sur la collection abdominale qui était volumineuse. Le drainage sous scanner a permis une guérison complète.

L'évolution est souvent favorable, cependant, on peut assister à certaines complications telles qu'une récurrence, une ostéomyélite et parfois un décès secondaire à un état de choc septique. Le taux de mortalité est de 0,5 à 2% chez le sujet immunocompétent, il est de 7 % chez l'immunodéprimé [9].

CONCLUSION

La pyomyosite non tropicale est rare chez le sujet immunocompétent. La survenue de myalgies fébriles doit faire évoquer le diagnostic, qui est souvent retardé du fait de l'évolution insidieuse de cette pathologie, d'où l'intérêt de l'imagerie à la moindre suspicion diagnostique.

Références

- 1- Sriba J. Beitrag zur aetiologie der myositis acuta. Dtsch Z Chir 1885; 22 :497-502
- 2- Tonolli-Sérbian I, Demoux AL, Luc M, Grauer JL. Pyomyosites tropicales. Rev Rhum 2003 ; 70 : 115-8.
- 3- Poujois A, Mazevet D, Perrigot M. Pyomyosite chez une patiente non immunodéprimée: complication inhabituelle d'une rhabdomyolyse. Ann Réadapt Méd Phys 2003 ; 46 : 251-4.
- 4- Levin MJ, Gardner P, Waldvogel FA. Tropical pyomyositis: an unusual infection due to staphylococcus aureus. N Engl J Med 1971 ; 284 : 196-8.
- 5- Cherry C, Wiggins K, Mijch A, Ostergarrad L. Non tropical thoraco-abdominal pyomyositis caused by group A streptococcus in an immunocompetent adult. Scand J Infect Dis 2001 ; 33 : 854-6.
- 6- Niamane R, Jalal O, El Ghazi M, Hssaida R, Hda A. Pyomyosite multifocale chez un patient immunocompétent. A propos d'une observation. Revue du Rhumatisme 2004 ; 71 : 1212-4.
- 7- R. Barbot, C. Morand, S. Skopinski, E. Albisson, Y. Portron, G. Coutant. Pyomyosite des adducteurs à Escherichia coli chez une femme immunocompétente, en zone tempérée. Rev Med Interne. 2009 (sous presse).
- 8- Patel SR, Olenginski TP, Perruquet JL, Harrington TM. Pyomyositis: clinical features and predisposing conditions. J Rheumatol 1997 ; 24 : 1734-8.
- 9- Schiff RG, Silver L. Tropical pyomyositis. Demonstration of extent and distribution of disease by gallium scintigraphy. Clin Nucl Med 1990 ; 15 : 542-4.