

UN CAS DE PYOMYOSITE TUBERCULEUSE

A CASE OF PYOMYOSITIS TUBERCULOSIS

*E. Elleuch, L. Ammari, B. Kilani,
H. Tiouiri Benaissa, A. Ghoubantini,
F. Kanoun, R. Abdelmalek, T. Ben
Chaabane.*

Service des Maladies Infectieuses. Hôpital La Rabta, Tunis.Tunisie

Correspondance :

Dr Lamia Ammari
Service des Maladies Infectieuses. Hôpital
La Rabta, Tunis.
E-mail : lamia_ammari@yahoo.fr

Article reçu le 29/09/2010, accepté le 25/01/2011.

Résumé :

*La pyomyosite bactérienne est une infection musculaire fréquemment due à des germes banals notamment chez l'immunocompétent. Cependant, des infections à germes spécifiques peuvent survenir même en l'absence de facteurs de risque préalables. Nous rapportons le cas d'une jeune patiente non immunodéprimée présentant une tuméfaction douloureuse de la cuisse d'évolution subaiguë sans syndrome infectieux. Son examen trouve une collection de la cuisse droite, confirmée par l'imagerie par résonance magnétique, révélant en outre une ostéo-arthrite associée du genou droit. Le diagnostic de pyomyosite tuberculeuse a été confirmé par l'identification de *Mycobacterium tuberculosis* au niveau de la culture du pus. La patiente a reçu un traitement anti-tuberculeux associé au drainage percutané de l'abcès. L'évolution clinique est favorable. Etant donné l'endémicité de la tuberculose dans notre pays, l'origine tuberculeuse doit être évoquée devant une infection musculaire bactérienne traînante même chez des patients jeunes sans facteurs prédisposants.*

Mots clés : Pyomyosite, tuberculose, *Mycobacterium tuberculosis*, imagerie par résonance magnétique.

Abstract:

*Pyomyositis is a muscular infection that is frequently due to commonplace bacteria particularly in immunocompetent patients. However, infections with specific germs can arise even without preliminary risk factors. We report the case of a young non-immunosuppressed patient, who has a sub acute painful tumefaction of a thigh without infectious signs. The clinical examination was in favour of thigh collection. The MRI confirmed this hypothesis and showed an associated osteo-arthritis of the knee. The pus microbiological examination was positive for *Mycobacterium tuberculosis*. She favourably evolved under antituberculous treatment and surgical drainage of the collection. As tuberculosis is endemic in our country, we should always consider this diagnosis even in young patients without predisposing factors.*

Key words : Pyomyositis, tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, Magnetic Resonance Imaging.

INTRODUCTION

La pyomyosite est une infection bactérienne primitive à tendance suppurative du muscle strié. *Staphylococcus aureus* est le germe le plus fréquemment retrouvé [1, 2]. Cependant, l'origine tuberculeuse est rarement décrite [3, 4]. Nous rapportons l'observation d'une pyomyosite tuberculeuse de la cuisse chez une patiente immunocompétente.

OBSERVATION

Mlle W.A, âgée de 22 ans, sans antécédents pathologiques, a été hospitalisée en Décembre 2007 dans le service des maladies infectieuses pour une tuméfaction douloureuse de la cuisse et du genou droit évoluant dans un contexte d'altération de l'état général.

Le début de la symptomatologie remonte à un mois avant son admission, marqué par l'apparition d'une tuméfaction douloureuse de la cuisse et du genou droit augmentant progressivement de taille et entraînant une impotence fonctionnelle. La patiente n'a eu ni traumatisme ni plaie cutanée précédant la symptomatologie.

L'examen physique à l'admission a montré une patiente en bon état général, apyrétique. Il existe une tuméfaction de la face postéro-latérale de la cuisse droite, mal limitée, de 7 cm de grand axe, chaude, douloureuse, associée à une arthrite du genou droit. Le reste de l'examen somatique est normal.

La patiente a bénéficié d'une ponction aspiration de la collection, ramenant du pus franc. L'examen direct et la culture du pus sont négatifs. La ponction du genou droit a ramené un liquide trouble renfermant 300 éléments blancs/mm³ dont 80% de lymphocytes. Le liquide articulaire est stérile. A la biologie, l'hémogramme est normal. Il existe un syndrome inflammatoire biologique avec une vitesse de sédimentation à 80 mm à la première heure et une C-réactive protéine à 50 mg/l.

La radiographie standard du genou a montré un épaississement des parties molles avec une ostéolyse condylienne sans condensation périphérique. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cuisse et du genou a révélé un épanchement intra-articulaire du genou avec une prise de contraste de la synoviale qui était épaissie. La médullaire osseuse fémorale au niveau épiphysio-métaphysaire est le siège d'un hypersignal T2 (figure 1a), hyposignal T1 (figure 1b) avec présence d'une petite formation intra-osseuse métaphysaire externe arrondie mesurant 15 mm de grand axe en hypersignal T2 franc, se réhaussant en périphérie après injection de gadolinium avec la persistance d'une zone centrale hypointense (figure 1b). Les parties molles péri-osseuses intéressant les muscles vastes médial, intermédiaire et latéral des deux tiers inférieurs de la cuisse sont le siège d'un hypersignal T2. Le muscle vaste latéral est le siège d'une volumineuse collection liquidienne cloisonnée, prenant le contraste en périphérie. Il existe une deuxième collection péri-osseuse postérieure refoulant en arrière le paquet vasculaire.

Initialement, le diagnostic de pyomyosite de la cuisse droite associée à une ostéo-arthrite du genou à staphylocoque a été évoqué. La patiente a reçu une bi-antibiothérapie par Oxacilline (200mg/kg/j) et gentamicine (3 mg/kg/j). Devant l'absence d'amélioration clinique, cette antibiothérapie a été arrêtée au bout de 7 jours. Ainsi, l'origine tuberculeuse de cette pyomyosite a été suspectée. Une biopsie synoviale a montré une synovite hyperplasique siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe fait d'éléments lympho-plasmocytaires et de quelques polynucléaires, sans lésions granulomateuses. La recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants dans le pus a été négative à l'examen direct. *Mycobacterium tuberculosis* a été identifié à la culture du pus d'abcès, permettant de confirmer le diagnostic de la pyomyosite tuberculeuse. La radiographie thoracique a été normale et l'intradermoréaction à la tuberculine a été phlycténulaire.

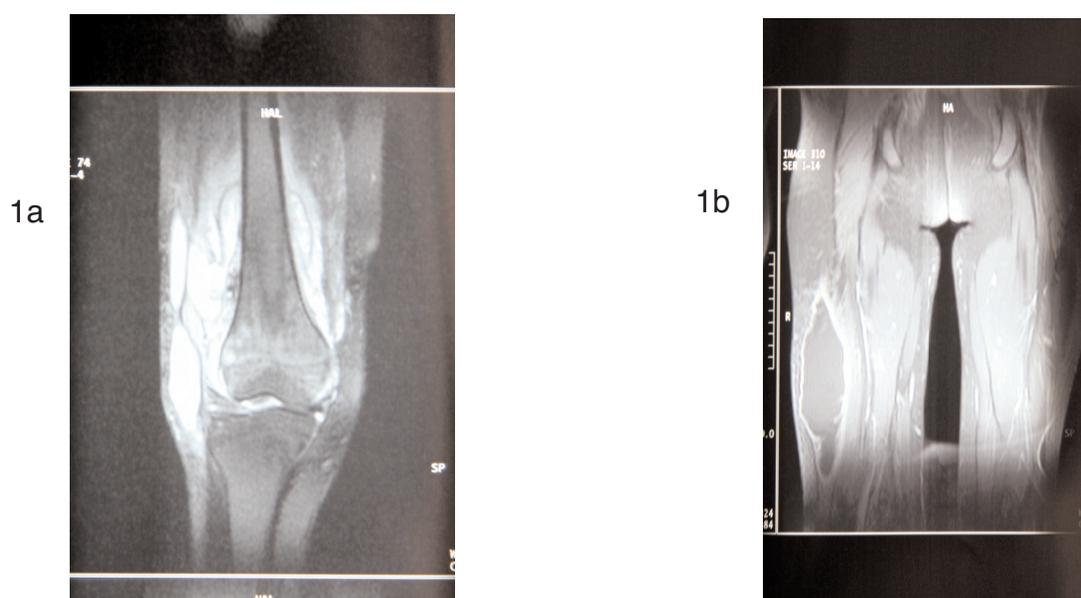


Figure 1 : IRM de la cuisse et du genou : (1a) coupe coronale en séquences T2 : épanchement intra-articulaire du genou avec prise de contraste de la synoviale épaissie. Présence d'une petite formation intra-osseuse métaphysaire externe arrondie en hyper signal T2. (1b) coupe coronale en séquences T1 après gadolinium : Présence d'une collection liquidienne volumineuse cloisonnée prenant le contraste en périphérie du muscle vaste latéral de la cuisse.

Figure 1 : MRI image of knee joint and thigh: (1a) coronal T2-weighted MRI image shows hydrarthrosis of knee, enhancement of synovium and hyperintense lesion of lateral metaphysic with erosion. (1b) coronal gadolinium-enhanced T1-weighted MRI image shows a large soft tissue mass of musculus vastus lateralis with peripheral enhancement.

Une quadruple antibiothérapie anti-tuberculeuse (isoniazide, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide) a été prescrite pendant 2 mois, relayée par une bithérapie (isoniazide et rifampicine). Un drainage percutané de l'abcès de la cuisse a été réalisé, ramenant 600 ml de pus. Au terme de 16 mois de traitement anti-tuberculeux, l'évolution clinique était favorable, avec disparition de l'arthrite et de la collection de la cuisse. Quant à l'imagerie, une IRM de la cuisse faite après 12 mois de traitement avait conclu à une disparition de la collection des parties molles de la cuisse droite et de l'épanchement intra-articulaire et la persistance d'une anomalie du signal du condyle fémoral externe droit. Après un recul de 14 mois, aucune rechute n'a été observée.

DISCUSSION

La tuberculose demeure une pathologie endémique dans les pays en voie de développement. Les localisations extrapulmonaires représentent 10 à 20% des cas. Les pyomyosites tuberculeuses, faisant partie des myosites granulomateuses, sont rarement rapportées et elles surviennent chez 2% des sujets atteints de tuberculose [1, 2, 3, 4].

Le muscle strié est relativement résistant à l'infection puisque les bactériémies s'accompagnent rarement d'une localisation secondaire musculaire [5]. Il est classé parmi les tissus les plus résistants aux infections à mycobactéries. Cette résistance pourrait être expliquée par le contenu pauvre en oxygène, la forte concentration en acide lactique et la pauvreté en tissu réticuloendothélial [2, 6].

L'étiopathogénie de la localisation musculaire de l'infection est mal élucidée. Habituellement, l'atteinte du muscle strié au cours de la tuberculose est due soit à l'extension à partir d'un foyer ostéo-articulaire ou tendineux adjacent, soit à une inoculation directe, soit à une dissémination hématogène ou lymphatique [2, 3, 6, 7]. Dans des cas extrêmement rares, cette atteinte est primitive, liée à une fragilisation du muscle par une affection pré-existante telle que les traumatismes, la chirurgie, la présence de corps étrangers, l'ischémie, les connectivites et l'immunodépression [2, 3, 7, 8]. En effet, les sujets immunodéprimés sont à risque élevé de développer des myosites bactériennes ou fongiques [7]. C'est l'exemple de la corticothérapie prolongée qui peut réactiver une infection tuberculeuse latente par une suppression de l'activité bactéricide, une altération de la réponse des macrophages et des monocytes aux lymphokines et par la lymphopénie [1]. Pour notre patiente, l'atteinte musculaire est liée à l'existence d'une ostéoarthrite sous-jacente du genou.

Tous les muscles du squelette peuvent être touchés. Les muscles des membres inférieurs sont les localisations de prédilection de la tuberculose, la cuisse étant le plus souvent touchée [3]. D'autres muscles peuvent être atteints : les muscles pectoraux, le muscle grand dorsal, les muscles de l'avant bras et le muscle temporal [2]. L'âge de survenue est généralement avancé, entre 50 et 70 ans [1, 3]. Notre patiente est jeune, étant donné l'endémicité de la tuberculose dans notre pays.

Le diagnostic clinique de la pyomyosite reste difficile, en raison d'une symptomatologie clinique non spécifique surtout aux stades précoces [9].

De ce fait, l'imagerie est d'un grand apport dans la détection même des stades précoces. L'échographie et la tomodynamométrie (TDM) restent moins performantes que l'IRM. L'échographie peut montrer une infiltration des fibres musculaires aux stades précoces ou un abcès déjà constitué [8].

La TDM peut mettre en évidence un élargissement musculaire et un effacement des plans graisseux intra-musculaires. Quant à l'IRM, elle est considérée comme la technique de choix puisqu'elle permet un diagnostic précoce avec une excellente sensibilité. En effet, l'inflammation du muscle au stade précoce se traduit par une hyper-intensité mieux visible en séquence T2 ou en séquence de saturation de graisse. Les abcès apparaissent sous forme d'une collection liquidienne entourée d'une capsule plus ou moins épaisse [8, 9]. Cet examen permet de poser l'indication du drainage au stade de collection.

Le diagnostic de certitude de la tuberculose reste l'identification de la mycobactérie au niveau des prélèvements bactériologiques. D'où l'importance de la recherche des bacilles acido-alcoolo-résistants dans le pus, même en l'absence de facteurs de risque pour la tuberculose, devant une pyomyosite d'évolution insidieuse et chronique. C'est le cas de notre patiente, *M. tuberculosis* a été identifié à la culture du pus, permettant de confirmer le diagnostic.

Le traitement est médico-chirurgical comportant le traitement anti-tuberculeux classique et le drainage chirurgical de l'abcès [2, 3]. Cependant, le drainage chirurgical seul ou le traitement médical seul sont fréquemment associés à un risque élevé de rechute [6]. Notre patiente a bénéficié d'un traitement médico-chirurgical permettant une évolution favorable sans rechute.

CONCLUSION

La pyomyosite tuberculeuse représente une localisation exceptionnelle de la tuberculose. Il s'agit d'une suppuration du muscle strié d'évolution chronique et insidieuse, plus fréquente chez le sujet immunodéprimé. Cependant, elle doit être évoquée même chez l'immunocompétent étant donné l'endémicité de la tuberculose dans notre pays. Un diagnostic précoce par l'isolement de la mycobactérie permet une prise en charge médico-chirurgicale précoce pour éviter la dissémination osseuse de la tuberculose.

Références

- Chan LL, Chee TSG and Thoo FL. MR features of granulomatous myositis : Case report. *Clin Radiol* 1997 ; 52: 794- 6.
- Sridhar C, Seith A. Tuberculous pyomyositis of the temporalis muscle. *Eur J Radiol* 2004 ; 52 : 89-91.
- Ralandison S, Rakotoarivelo R, Rakotavao M et al. Localisations inhabituelles de la tuberculose : à propos de trois observations. *Rev Med Intern* 2009 ; 30: 917- 9.
- Wang JY, Lee LN, Hsueh PR et al. Tuberculous myositis : A rare but existing clinical entity. *Rheumatol* 2003 ; 42 : 836-40.
- Crum NF. Bacterial pyomyositis in the United States. *Am J Med* 2004 ; 117 : 420-8.
- Batra S, Naell MA, Barwick C, Kanvinde R. Tuberculous pyomyositis of the thigh masquerading as malignancy with concomitant tuberculous flexor tenosynovitis and dactylitis of the hand. *Singapore Med J* 2007 ; 48(11) : 1042-6.
- Crum NF. Infectious myositis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006; 20(6): 1083-97.
- Yu CW, Hsiao JK, Hsu CY, Shih TF. Bacterial pyomyositis : MRI and clinical correlation. *Magn Reson Imaging* 2004 ; 22: 1233- 41.
- Soler R, Rodriguez E, Aguilera C, Fernandez R. Magnetic resonance imaging of pyomyositis in 43 cases. *Eur J Radiol* 2000 ; 35 : 59-64.