

MÉDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Pyomyosite ou Myosite tropicale Cas clinique chez un jeune camerounais de 9 ans

www.medecinetropicale.com

Observation

Un jeune camerounais de 9 ans consulte à l'hôpital Laquintinie à Douala pour des douleurs à la fosse iliaque gauche et une fièvre supérieure à 39 °C en plateau. Le début des troubles remonte à 6 jours. A l'entrée, la température est à 39,6 °C, l'état général altéré, la langue saburrale, la soif vive, les urines rares. La tension artérielle est à 85/60 mmHg, le pouls rapide. Il existe une attitude en flexion de la cuisse sur le bassin avec légère abduction et rotation externe, cette flexion est irréductible et toute tentative d'extension exacerbe la douleur au niveau de l'aîne. Localement, en regard du pli inguinal gauche, l'examen, gêné par l'attitude vicieuse, ne retrouve pas d'anomalie et note l'absence d'adénopathies. Il existe au niveau de la cheville gauche une plaie surinfectée. Le reste de l'examen est normal. L'interrogatoire apprend que cette symptomatologie a été précédée d'une diarrhée liquide non sanglante qui a régressé sous traitement symptomatique.

Examens paracliniques pratiqués en urgence

- VSH à 84 mm à la 1^{ère} heure, CRP 360 mg/L
- Globules blancs à 16 400/mm³ avec 76% de polynucléaires neutrophiles et 8% d'éosinophiles
- protéinurie à 0,40 g/l sans hématurie, créatininémie à 120 µmol/l.
- test d'Emmel négatif.
- radiographie du bassin : pas de lésion au niveau de la hanche gauche.
- radiographie de l'abdomen sans préparation : grisaille diffuse de la fosse iliaque gauche.
- radiographie thoracique : ITN.
- sérologie VIH négative.

Questions

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Quelles sont les principales caractéristiques de cette maladie ?
- 3- Quels examens complémentaires sont indispensables au diagnostic ?
- 4- Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ?
- 5- Quels traitements proposez-vous ?

Discussion

1- Chez cet enfant, le tableau clinique dominé par une flexion irréductible de la cuisse sur le bassin est celui d'un psoïtis qui doit faire d'emblée évoquer une pyomyosite ou myosite du psoas iliaque, d'autant que la fièvre et l'hyperleucocytose orientent vers une suppuration profonde. Cette myosite du psoas entre dans le cadre de la pyomyosite ou myosite tropicale (MT).

2- La MT est une infection bactérienne du muscle strié squelettique qui touche habituellement le sujet jeune du sexe masculin, mais n'épargne ni l'enfant ni le sujet âgé. Plusieurs facteurs en favorisent la survenue : les traumatismes, les piqûres d'insectes, la malnutrition ainsi que l'immunodépression. La maladie sévit habituellement en climat tropical (régions tropicales d'Afrique noire, d'Amérique latine, d'Asie et dans les Iles du Pacifique.), mais plusieurs cas ont été rapportés en milieu tempéré chez des malades immunodéprimés. Les muscles les plus souvent touchés sont les muscles des cuisses, des mollets, des fesses.

La MT évolue en 2 phases :

- une phase d'invasion caractérisée par la douleur, la fièvre et l'impotence fonctionnelle,
- une phase suppurative, qui survient 10 à 20 jours plus tard, caractérisée le plus souvent par l'apparition d'un empatement des loges musculaires à la palpation et de multiples abcès de localisation multifocale, notamment chez le sujet infecté par le VIH.

3- Parmi les examens complémentaires indispensables au diagnostic, on retiendra l'échographie qui est devenue le «maître examen» permettant de mettre en évidence les collections et de guider la ponction à l'aiguille au stade suppuratif, ponction qui retire un pus jaunâtre, sanguinolent dont la mise en culture met en évidence le plus souvent un cocci gram positif (*Staphylococcus aureus* dans plus de 90% des cas, *Klebsiella pneumoniae*), exceptionnellement une mycobactérie atypique chez les sujets sous corticoïdes, voire aucun germe retrouvé. Les hémocultures sont systématiques chez le sujet fébrile. Une sérologie de l'infection à VIH/Sida doit toujours être pratiquée en cas de MT.

4- Les diagnostics différentiels à évoquer sont : une arthrite en cas de localisation juxta-articulaire, une phlébite, une cellulite, une ostéomyélite.

5- Le traitement associe une antibiothérapie par pénicilline M associée à une aminoside ou une fluoroquinolone + un aminoside) et un drainage par ponctions échoguidées, parfois itératives, préférées à la mise à plat chirurgicale, cependant nécessaire en cas de formes évoluées ou réfractaires au traitement médical. Si aucun germe est isolé, on associe le métronidazole (Flagyl®), d'autant qu'on suspecte une infection à anaérobies.

Dans notre observation, la présence d'une porte d'entrée cutanée a permis d'isoler un staphylocoque doré. Les hémocultures sont restées stériles. Il n'a pas été pratique de ponction à l'aiguille, d'autant qu'il n'y avait pas de fluctuation et que l'échographie n'était pas disponible à cette période.

Le traitement a consisté en une antibiothérapie par oxacilline, antibiotique disponible, (Bristopen® 500), 50 mg/kg/j pendant 15 jours. L'apyrexie a été obtenue au 4^{ème} jour, le psoriasis a régressé en 8 jours et l'insuffisance rénale fonctionnelle a rétrogradé dès le début de la réhydratation.

Notons que les examens de selles faits à l'entrée sont revenus négatifs (parasitologie, bactériologie) et que l'hyperéosinophilie sanguine est classique dans la MT souvent supérieure à 1 500 /mm³.

Références

- Aubry P., Touze J.E. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit., mars 1990, pp. 145-146.
- Saissy J.M., Ducourau J.P., Tchoua R., Diatta B. Les myosites tropicales. Med. Trop., 1998, 58, 297-306.
- Abouzahir A., Bouchama R., Azennag M., Garcin J.M. Les myosites tropicales simulant une arthrite septique chez les patients vivant avec le VIH (2 observations). Méd. Trop., 2004, 64, 372-374.
- Mounquengui D., Mangouka L., Oudounda M. et coll. Pyomyosite multifocale après coup de matraque au Gabon. Méd. Santé Trop., 2012, 22, 95-96.
- Aron J, Bichet M, Trellu L, Olson D, Kanapathipillai R. Fasciites nécrosantes et dermohypodermes bactériennes nécrosantes : description d'une expérience centrafricain et rappel des possibles diagnostics différentiels. Le bulletin de l'ALLF 2016, 31,26-32

Professeur Pierre Aubry. Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte mis à jour le 28/11/2018



Figure 1. Exemple, myosite du mollet. Plaie de la cheville (Source : B-A Gaüzère)