

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

\_Année Universitaire 2006 - 2007

Thèse N° / \_\_\_\_ / M

# ETUDE DE L' ABCES DU PSOAS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE A

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 08 mars 2007  
A la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie  
De l'Université de Bamako

Par M **MOUNKORO** Mama

Pour obtenir le grade de  
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président :	Professeur Sambou SOUMARE
Assesseur :	Professeur Sadio YENA
Assesseur :	Dr Adama KOITA

# **FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

## **ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006**

**Co-directeur : Docteur Zimogo Zié SANOGO**  
**Directeur de thèse: Professeur Djibril SANGARE**

### **ADMINISTRATION**

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR  
1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES  
2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES  
SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR  
AGENT COMPTABLE: **Mme COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

### **LISTE DES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

### **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE**

#### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

##### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr Alhousseni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-obstétrique

Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

## 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie –Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Anatomie et chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie –Réanimation

## 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto- Rhino- Laryngologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto- Rhino- Laryngologie
Mr Bouraïma Maiga	Gynéco- Obstétrique

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO  
 Mr Siné BAYO  
 Mr Amadou DIALLO  
 Mr Moussa HARAMA  
 Mr Ogobara DOUMBO  
 Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
 Mr Anatole TOUNKARA  
 Mr Bakary M. CISSE  
 Mr Abdourahamane S. MAIGA  
 Mr Adama DIARRA  
 Mr Massa SANOGO  
 M. Mamadou KONE

Chimie Générale et Minérale  
 Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie  
 Biologie  
 Chimie Organique  
 Parasitologie –Mycologie  
 Chimie Organique  
 Immunologie, **Chef de D.E.R.**  
 Biologie  
 Parasitologie  
 Physiologie  
 Chimie Analytique  
 Physiologie

## 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE  
 Mr Flabou BOUGOUDOGO  
 Mr Amagana DOLO  
 Mr Mahamadou CISSE  
 Mr Sékou F. M. TRAORE  
 Mr Abdoulaye DABO  
 Mr Ibrahim I. MAIGA

Histo- embryologie  
 Bactériologie- Virologie  
 Parasitologie  
 Biologie  
 Entomologie médicale  
 Malacologie, Biologie Animale  
 Bactériologie-Virologie

## 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdourahamane TOUNKARA  
 Mr Lassana DOUMBIA  
 Mr Mounirou BABY  
 Mr Mahamadou A. THERA  
 Mr Moussa Issa DIARRA  
 Mr Kaourou DOUCOURE  
 Mr Bouréma KOURIBA  
 Mr Souleymane DIALLO  
 Mr Cheik Bougadari TRAORE

Biochimie  
 Chimie Organique  
 Hématologie  
 Parasitologie  
 Biophysique  
 Biologie  
 Immunologie  
 Bactériologie-Virologie  
 Anatomie-athologie

## 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO  
 Mr Guimogo DOLO  
 Mr Abdoulaye TOURE  
 Mr Djibril SANGARE  
 Mr Mouctar DIALLO  
 Mr Bokary Y. SACKO  
 Mr Mamadou BA  
 Médicale

Entomologie Moléculaire Médicale  
 Entomologie Moléculaire Médicale  
 Entomologie Moléculaire Médicale  
 Entomologie Moléculaire Médicale  
 Biologie-Parasitologie  
 Biochimie  
 Biologie Parasitologie Entomologie

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY  
Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAIGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Mamadou M. KEITA  
Mr Hamar A. TRAORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa Y. MAIGA  
Mr Somita KEITA

Médecine Interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie, Chef de D.E.R.  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-Entérologie-Hépatologie  
Dermato-Leprologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA  
Mr Boubakar DIALLO  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Mamady KANE

Pneumo-Phtisiologie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Médecine Interne  
Radiologie

**Mr Saharé FONGORO**

**Néphrologie**

Mr Bakoroba COULIBALY  
Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mr Toumani SIDIBE  
Mme SIDIBE Assa TRAORE

Psychiatrie  
Psychiatrie  
Gastro-Entérologie  
Pédiatrie  
Endocrinologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Adama D. KEITA  
Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Daouda K. MINTA  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme DIARRA Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURE  
Mr Idrissa CISSE  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATE  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO

Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Maladies Infectieuses  
Cardiologie  
Cardiologie  
Psychiatrie  
Médecine Interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépatogastro-Entérologie  
Hépatogastro-Entérologie  
Pneumologie

Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Soungalo DAO  
Mr Cheïck Oumar GUINTO  
Mme Tatiana KEITA

Psychologie  
Maladies Infectieuses  
Neurologie  
Pédiatrie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSE  
Mr Gaoussou KANOUTE

Toxicologie  
Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Ousmane DOUMBIA  
Mr Drissa DIALLO  
Mr Boulkassoum HAIDARA  
Mr Elimane MARIKO  
Mr Alou KEITA  
Mr Benoît KOUMARE

Pharmacie Chimique  
Matières Médicales  
Législation  
Pharmacologie  
Galénique  
Chimie Analytique

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Rokia SANOGO  
Mr Ababacar MAIGA  
Yaya KANE

Pharmacognosie  
Toxicologie  
Galénique

### **4. ASSISTANTS**

Mr Saïbou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA  
Mr Boubacar TRAORE

Législation  
Parasitologie Moléculaire  
Immunologie-Pharmacologie

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Sidi Yaya SIMAGA  
Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**  
Santé Publique

### **2. MAITRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE  
Mr Adama DIAWARA

Santé Publique  
Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Soucalo TRAORE	Santé Publique

#### 4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

#### CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

#### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	Bromatologie
Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr Amadou DIOP	Biochimie
Mr Lamine Gaye	Physiologie

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail à :

DIEU: le tout puissant, le très miséricordieux de m'avoir donné la force nécessaire et la chance de mener ce travail à terme. Son prophète MOHAMED paix et salut sur lui.

Mon père feu Soboua Mounkoro. Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et le caractère précieux de tes conseils. Père tu resteras pour moi un exemple. Je prie ALLAH pour le repos de ton âme. Dors en paix cher père.

Ma mère feu Havan Dembélé, ce travail est le fruit de tes nombreux sacrifices et souffrances, tu n'as ménagé aucun effort pour notre réussite. Je prie ALLAH pour le repos de ton âme. Dors en paix chère mère.

Ma mère feu Deniba Mounkoro, tu nous a quitté quand j'étais très jeune mais je garde encore en mémoire tes conseils pour l'unité de la famille. Dors en paix chère mère.

Ma sœur feu Kanou Mounkoro, la mort t'a tragiquement arraché à notre affection. Que la terre te soit légère Amen !



A mon Tonton Sina Mounkoro et sa femme Fanta Diarra, les mots me manquent, pour vous remercier. Recevez ici mes reconnaissances les plus sincères.

A ma Tante Lonkona Mounkoro, vous avez été pour moi une mère. Ce travail est le vôtre, merci Tanti.

A mon Tonton Loumbé Mounkoro et famille, les mots ne pourront jamais traduire que j'ai dans mon cœur. Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus reconnaissants

A mes Tontons et Tantes : Dr Niani Mounkoro, Karaba Zon Mounkoro, Dr Abdoulaye Dembélé, Bakary Kamaté, Patouma Koné, Fatou Dembélé, Vinenou Kamaté etc... A travers ce modeste travail retrouvez ma sincère reconnaissance.

Mon frère Karim Mounkoro ; ce travail est le vôtre. Le lien de sang est sacre restons unis, Dieu exhaussera nos vœux. Merci petit frère pour ton soutien, ton assistance sans faille et tes précieux conseils. A travers ce modeste travail retrouve ma sincère reconnaissance.

A ma niece Mama Dembélé, que ce travail soit un exemple pour toi.

A mes amis Souleymane S Diarra, Boubacar Théra ; ce travail est le vôtre. Merci pour un amitié sincère.

A tous mes frères et sœurs, cousins cousines de près ou de loin ; ce travail est aussi le vôtre.  
Trouvez ici toute ma sympathie.

A tous ceux qui n'ont pas été cités. Tous mes sincères remerciements.

## **REMERCIEMENTS**

&Au personnel de la chirurgie «A» du C.H.U du point «G»

Professeur YENA Sadio, votre intelligence, votre démarche scientifique, votre dynamisme et votre esprit d'ouverture envers les autres font qu'il est aisé d'apprendre à vos côtés. Vous constituez pour nous un espoir et une source d'inspiration.

Mes collègues internes de la chirurgie «A».Je garde de vous tous l'image de bons collègues, sérieux, honnêtes et compétents. Je me souviendrai toujours de bons moments vécus ensemble. Je prie DIEU pour la réalisation des vœux de chacun de nous.

Au personnel du service : Chirurgiens, CES, Internes, majors, infirmiers, secrétaires, TSF. Merci pour vos critiques et conseils.

A mes collaborateurs du Cabinet Djiguisemé à Kabanoura.

Aux familles : Fofana, Goita. Merci pour les soutiens

Mes amis et camarades du groupe d'exo. Je n'oublierai pas les agréables moments passés ; je demande au tout puissant de renforcer d'avantage notre amitié. Bonne chance et courage.

Tous ceux qui n'ont pas été cités ; sachez que vous n'êtes pas moins que les autres l'erreur est humaine. Trouver ici toute ma reconnaissance.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **A notre maître et président du jury**

Professeur Sambou SOUMARE

Professeur titulaire de chirurgie générale,

Ancien doyen de l'école nationale de médecine et de pharmacie,

Professeur charge de cours d'éthique et déontologie médicale,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant, malgré vos multiples occupations, de présider notre jury.

Cher maître votre intégrité, votre courage et votre rigueur pour le travail bien fait sont quelques-unes de vos qualités ; votre simplicité, votre pragmatisme, la qualité de votre enseignement ont fait de vous un être remarquable.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude

## **A notre maître et membre du jury**

Docteur Adama KOITA Praticien hospitalier au  
C.H.U du point «G»

Cher maître nous avons été émerveillé par votre  
courage, votre amour pour la médecine, votre  
modestie vous vaut toute notre admiration.

Permettez-nous cher maître de vous exprimer notre  
sincère reconnaissance

## **A notre maître et membre du jury**

Docteur Idrissa Ahmadou CISSE  
Praticien hospitalier en maladie tropicale et  
parasitaire,  
Diplômé en endoscopie digestive,  
Dermatologiste,  
Maître assistant en dermato-vénérologie,  
Spécialiste en rhumatologie, et maladies  
systémiques,  
Correspondant de la société française de  
rhumatologie,  
Charge des cours de rhumatologie à la faculté de  
médecine pharmacie et odontostomatologie,  
Chef de service de rhumatologie du C.H.U du point  
G.

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez  
accepté

De faire partir de ce jury.

Votre simplicité, votre gentillesse, votre pragmatisme  
et surtout votre volonté de transmettre le savoir aux  
élèves, font de vous un être remarquable et dévoué.

Recevez ici, l'expression de notre profonde  
reconnaissance et de notre profond respect.

## **A notre maître et codirecteur de thèse**

Docteur Zimogo Zié SANOGO

Chef de clinique assistant

Cher maître, ce travail est le fruit de vos efforts.

Votre désir de savoir, votre courage et votre constance dans l'effort nous ont profondément impressionné.

Nous gardons de vous un homme de science et un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.



## **A notre maître et directeur de thèse**

Professeur Djibril SANGARE

Cher maître, ce travail est le vôtre. Nous ne vous remercierons jamais assez d'avoir voulu nous confier ce travail et surtout de nous aider à le réaliser en ne ménageant aucun effort.

Votre simplicité, votre sérénité, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un maître admiré de tous. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre profond respect.

## **Abreviation:**

ATCD: Antecedents

BAAR: Bacille Acido Alcool Résistant  
CHU: Centre Hospitalier Universitaire  
D12 : 12<sup>ème</sup> vertèbre Dorsale  
ECB : Examen Cytobactériologique  
FID : Fosse Iliaque Droite  
FIG : Fosse Iliaque Gauche  
Hb : Hemoglobine  
IDR: Intradermo-réaction  
IEC : Information Education Communication  
L5 : 5<sup>ème</sup> vertèbre lombaire  
NFS : Numération Formule Sanguine  
PTFT : Pavillon Tidiani Faganda Traore  
SDT : Spondylodiscite tuberculeuse  
SNDT : Spondylodiscite non tuberculeuse  
Vx : Vaisseaux

# SOMMAIRE :

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>5</b>
<b>GENERALITES.....</b>	<b>6</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>29</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>35</b>
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>42</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS...</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXES .....</b>	

## **PLAN**

I. INTRODUCTION

II. OBJECTIFS

III. GENERALITES

IV. METHODOLOGIE

V. RESULTATS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII. CONCLUSION

VIII. RECOMMANDATIONS

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## I. INTRODUCTION

L'abcès du psoas est une collection purulente du muscle psoas. Il peut être primitif ou secondaire à certaines pathologies intra ou rétro péritonéales [1].

L'abcès du psoas a été décrit et traité par Henry Mynter [1] pour la première fois en 1881.

C'est une affection rare de diagnostic clinique difficile vu la situation anatomique profonde du muscle. L'imagerie médicale a apporté beaucoup d'amélioration dans le diagnostic et le traitement chirurgical associé à une antibiothérapie, ceci a permis d'obtenir une évolution favorable [2].

L'abcès du psoas connaît plusieurs causes :

- S'il est secondaire, c'est surtout la maladie de Crohn la principale cause dans 54 % des cas suivie des appendicites, des diverticuloses, des cancers du colon, des spondylodiscites, des arthrites sacro-iliaques et des hanches. Les causes rénales sont rares selon Echarrab [3].
- S'il est primitif, plusieurs hypothèses ont essayé d'expliquer l'apparition d'un abcès primitif du psoas comme étant dû à une suppuration à partir des ganglions lymphatiques, une dissémination hématogène à partir d'un point septique ou traumatisme antérieur de l'abdomen. Cependant aucune hypothèse n'a pu être démontrée.

Les germes les plus fréquents ont été selon la littérature les *Staphylococcus aureus*, *Streptococcies*, *Escherichia coli*, les *Proteus mirabilis*, *Mycobacterium tuberculosis* [4].

Malgré la rareté de cette pathologie, elle a fait l'objet d'étude dans beaucoup de pays au monde.

- En 2005, Kumagai K. et coll. [5] au Japon, avaient présenté une extension des infections lombaires et de hanche vers le muscle du psoas.

- En 2005, Alain C et coll. [6] en Turquie, avaient rapporté deux cas de pyélonéphrite avec abcès du psoas.
  - En 2003, Belgith M. et coll. [7] en France, avaient étudié 18 cas d'abcès du psoas colligés sur une période de 10 ans.
  - En 1999, Aghoutane M. et coll. [8] au Maroc, avaient eu 55 cas d'abcès primitif du psoas en 7 ans tandis que son compatriote Echarrab M. et coll. [3], ont rapporté 21 cas d'abcès du psoas en 10 ans.
  - En 2000, Gharbi Youssef et coll. [9] en Tunisie, avaient fait une approche thérapeutique de l'abcès primitif du psoas chez 13 enfants.
  - Attipou et coll. [10] au Togo, avaient rapporté 8 cas d'abcès du psoas colligé sur une période de 10 ans.
  - En 2004, Roger le beau, Grégoire Ayégnon et coll. [11] en Côte d'Ivoire, avaient fait un travail multicentrique sur les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès du psoas à propos de 18 cas.
  - A notre connaissance, seulement Diakité et coll. [12] au Mali, avaient réalisé une étude (mémoire) sur 11 cas d'abcès du psoas au CHU du Gabriel touré.
- Le but de notre travail était d'étudier l'aspect clinique, diagnostique et thérapeutique de l'abcès du psoas dans le service de chirurgie « A » du CHU du point G.

## **II. OBGETIFS**

### **1. Objectif général :**

Etudier l'abcès du psoas dans le service de chirurgie « A » du CHU du point G du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 30 juin 2006.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de l'abcès du psoas
- Décrire les aspects cliniques et paracliniques
- Préciser la démarche thérapeutique
- Analyser les suites opératoires

### III. GENERALITES

#### 1. DEFINITION

L'abcès du psoas est une collection purulente du muscle du psoas.

IL peut être primitif ou secondaire à des affections intra ou extra péritonéales.

Le premier cas d'abcès du psoas a été décrit par Henry Mynter en 1881[1].

IL décrivit deux cas dont il ne put connaître l'étiologie.

#### 2. RAPPEL ANATOMIQUE

Le muscle du psoas est un muscle épais, fusiforme, allongé qui s'étend du rachis lombaire au petit trochanter du fémur.

IL est formé de 2 chefs ; le grand et le petit psoas.

##### 2. a. GRAND PSOAS:

##### 2. a.1. Insertion Proximale : se fait en deux plans

- Faisceau corporal ou antérieur : face antérieure des corps vertébraux de D12 à L5 et les disques intervertébraux correspondants.
- Faisceau transversaire costiforme ou postérieur : face antérieure et bord inférieur des processus transverses ou costiformes des cinq vertèbres lombaires ;

##### 2. a. 2. Trajet : il est oblique en bas, en avant et en dehors.

Les fibres charnues traversent la fosse iliaque interne et pénètrent dans la cuisse et réfléchissent sur la face antérieure de l'articulation coxo-fémorale (bourse séreuse) correspondant à l'éminence ilio-pectinée, puis elles deviennent obliques en bas, en dehors mais en arrière.

Ces fibres passent sous le ligament inguinal et pénètrent dans la cuisse.

Elles se continuent par un tendon volumineux.

##### 2. a.3. Insertion distale : se fait par un tendon au sommet du petit Trochanter fémoral.

##### 2. a.4. L'innervation : provient des racines L1, L2, L3, L4.



## **2. a.5. Actions :**

Le muscle grand psoas a un rôle :

- de fléchisseur du rachis lombaire ;
- d'inclinaison homolatérale ;
- de rotation controlatérale ;
- d'augmentation de la lordose lombaire ;
- de fléchisseur de la cuisse sur le tronc.

## **2. a.6. Les rapports :**

• Région lombaire :

- entre les deux plans du muscle : plexus lombaire et ses branches ;
- en arrière : le carré des lombes ;
- en avant : les organes digestifs.

• Région pelvienne :

- entre le psoas et l'iliaque : nerf fémoral (crural) ;
- en dehors : iliaque ;
- en dedans : rectum, vessie, tronc lombaire, plexus sacré, vx iliaques externes.

## **2. b. Le petit psoas :**

Il est inconstant, absent, chez deux tiers (2/3) de la population.

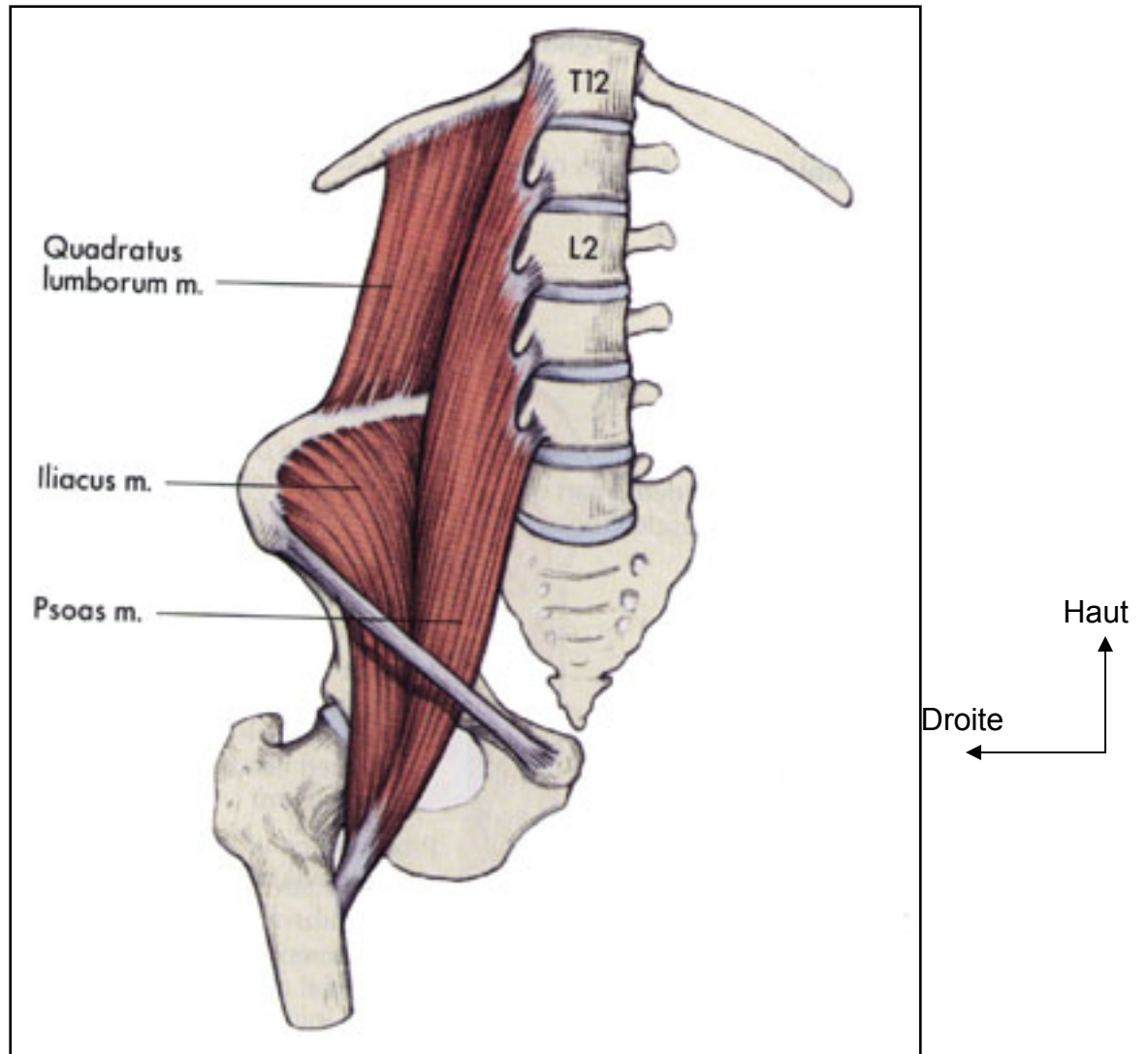
**2. b.1. Insertion proximale** : il s'étend du corps de D12 jusqu'à L1, passant par le disque intervertébral intermédiaire.

**2. b.2. Trajet** : le muscle petit psoas est oblique en bas, en avant, et en dehors. Il est en avant puis en dedans du grand psoas.

**2. b.3. Insertion distale** : il s'insère par un tendon sur la ligne arquée en arrière de l'éminence ilio-pectinée.

**2. b.4. L'innervation** : est assurée par les racines de L1, L2, L3.

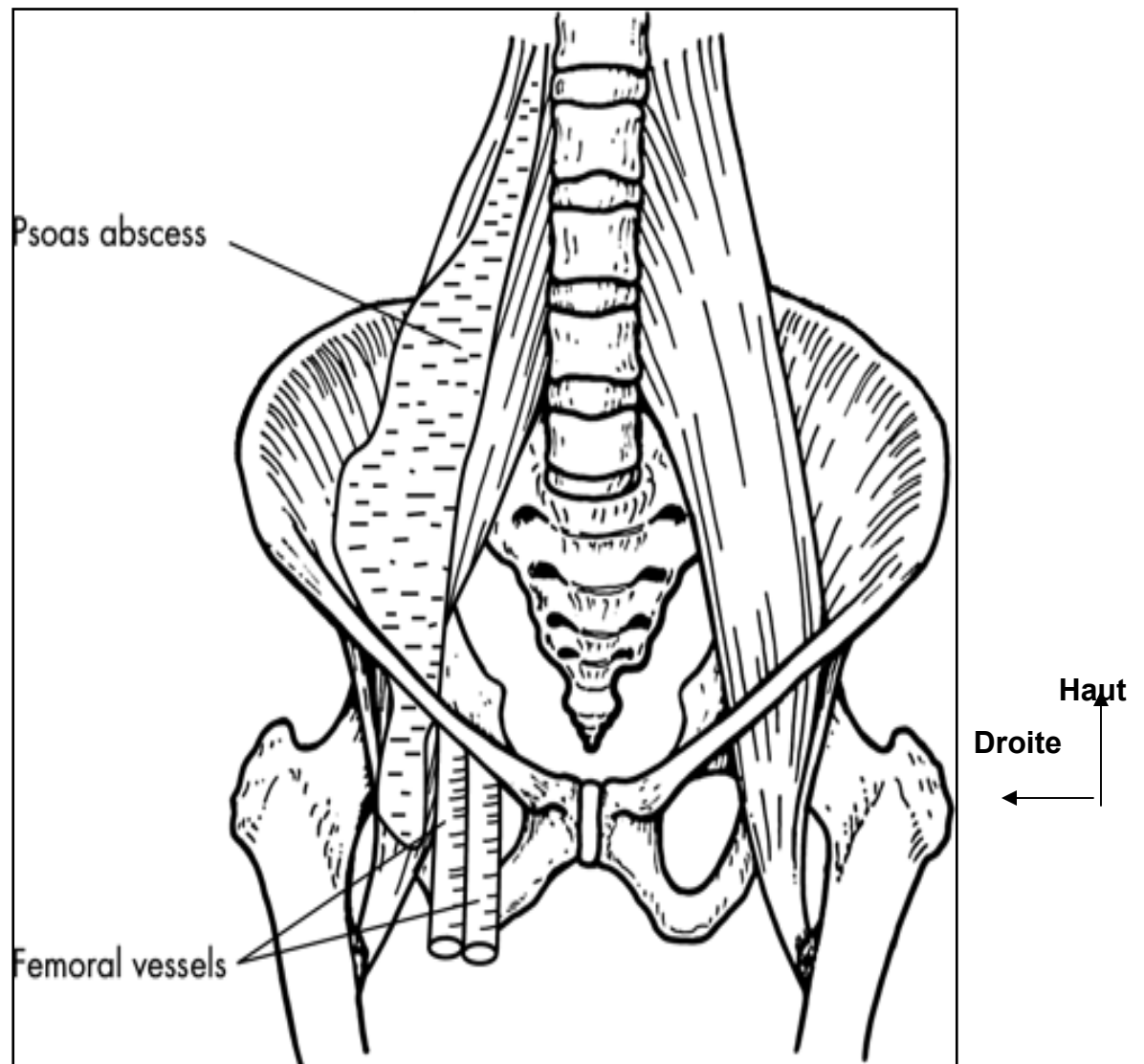
**2. b.5. Actions** : le petit psoas est extrêmement accessoire du grand psoas, voir un reliquat de l'évolution humaine [13,14]



**Figure 1: Psoas and iliacus muscle**

<http://www.med.Uottawa.Ca/medweb/demo-sité/undergrad/webctures/Curriculum-msk/>

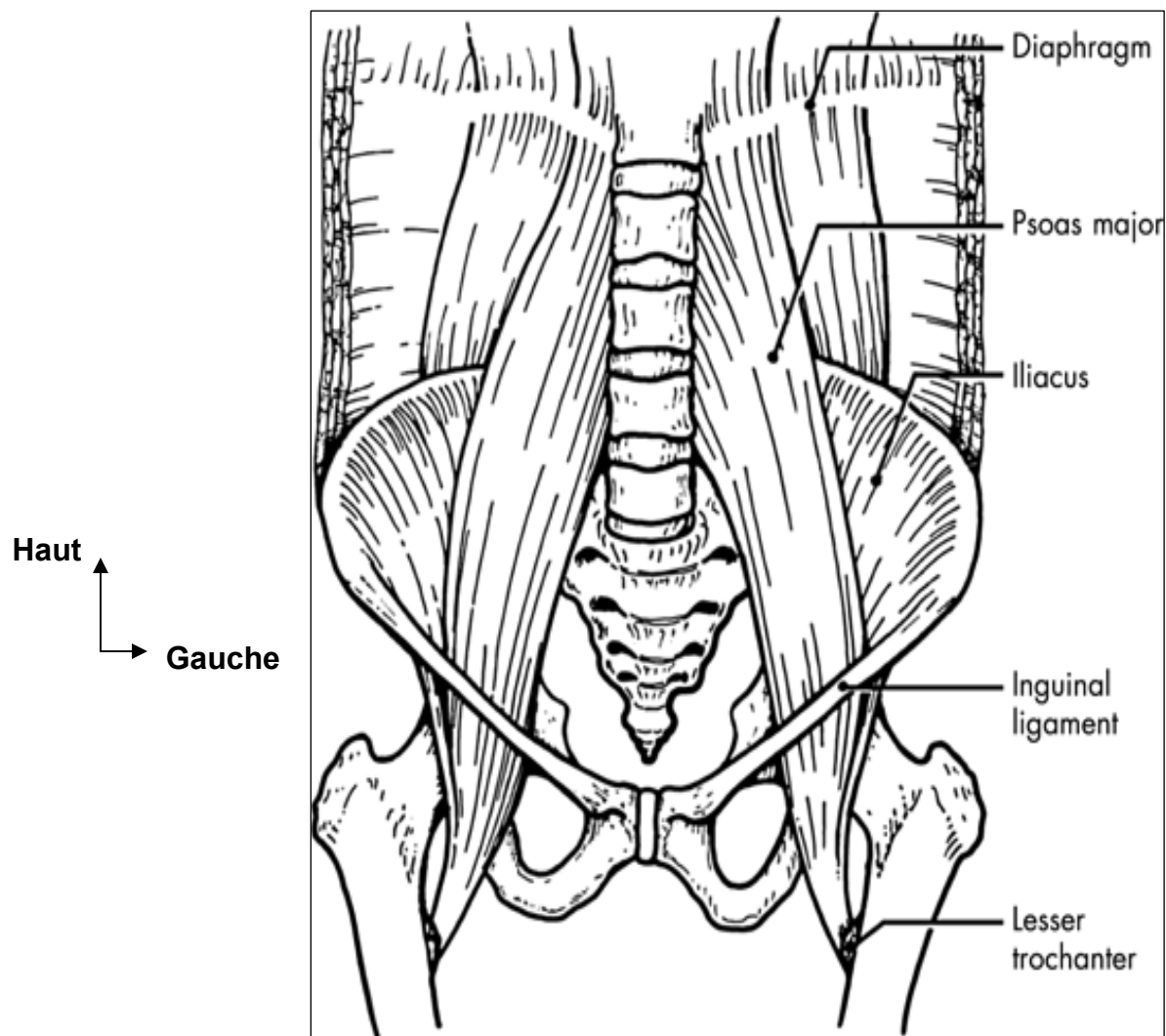
02 /032007/



**Figure 2: Relationship of iliopsoas abcess to femoral vessels.**

[Htt://pmj.bmjournals.com/cgi/content/Full/80/946/459](http://pmj.bmjournals.com/cgi/content/Full/80/946/459)

02/03/2007



**Figure 3: Iliopsoasabcess**

[Http://pmj.bmjournals.com/cgi/content/Full/80/946/459](http://pmj.bmjournals.com/cgi/content/Full/80/946/459) 02/03/2007

### 3. Physio pathogénie:

Les abcès du psoas peuvent être divisés en : abcès primaire et secondaire.

Pour Finnety [1], l'abcès du psoas secondaire est plus fréquent que l'abcès primaire.

Plusieurs hypothèses ont essayé d'expliquer l'apparition d'un abcès du psoas :

Suppuration à partir de ganglion lymphatique du rétro péritoine, dissémination hématogène à partir d'un point septique ou traumatique qui favorise la formation de l'abcès [1]

#### L'atteinte par contiguïté :

Rachis : ostéomyélite tuberculeuse ou mal de pott.

- Les infections intra abdominales comme les diverticulites, l'appendicite, la maladie de Crohn, la recto-colite hémorragique « du colon », rarement les abcès péri néphrétiques, l'hématome rétro péritonéal infecté.
- Ileite et sacro-ileite infectieuse [4].

Cependant aucune de ces hypothèses n'a pu être démontrée.

**Les facteurs prédisposant** : diabète, abus intraveineux de drogue, Sida, insuffisance rénale, immuno suppression, les germes en causes [15].

### 4. Bactériologie :

Les germes aérobies et anaérobies de la flore intestinale sont fréquents par voie hématogène et par contiguïté.

On rencontre par ordre de fréquence le *Staphylococcus aureus*, l'*Escherischia coli*, le *Streptocoque*, le *Proteus mirabilis* et le *Mycobacterium tuberculosis* [4].

### 5. Etude clinique

#### 5. a. Type de description : abcès du psoas aigu chez un homme de 40 ans

Le malade consulte pour tuméfaction douloureuse du flanc pouvant aller à la fosse iliaque voir inguinale accompagnée de boiterie le plus souvent.

**Douleur** : début progressif pour devenir intense et permanente à type de piquêre avec ou sans irradiation.

Elle est déclenchée par les mouvements (marche ...) et calmée par une position antalgique (flexion de la cuisse).

L'interrogatoire doit chercher des maladies pouvant être la cause : à savoir une appendicite rétro cœcale, une maladie de Crohn, une RCH, un mal de Pott ou un traumatisme de l'abdomen.

#### **5. b. Les Signes généraux :**

- Fièvre à 38-40<sup>0c</sup>
- la tachycardie à plus de cent (100) battements par minute
- l'altération de l'état général qui n'est pas constante.

#### **5. c. Les Signes physiques :**

- Inspection : tuméfaction du flanc, de la fosse iliaque ou inguinale.
- Palpation : une masse douloureuse, tendue, fluctuante, rénitente et chaude bien limitée.
- \* Une flexion de la cuisse
- \* Un psoïtis est retrouvé presque chez la totalité des patients
- Percussion : une matité
- Le TR n'est pas spécifique.

### **6. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

#### **6. a. Les examens biologiques :**

**6. a. 1. Numération formule sanguine (NFS)** montre dans la plupart des cas :

- Une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile
- Une accélération de la vitesse de sédimentation
- un taux d'hémoglobine diminué

Une hyper éosinophilie doit faire penser à une parasitose.

**6. a.2. IDR (intra dermo réaction) et Crachats BAAR (bacilles alcidoacooloresistants) :** recherchent une tuberculose.

**6. a.3. L'électrophorèse de l'hémoglobine** à la recherche d'une drépanocytose

**6. a. 4. L'ECBU (examen cytbactériologique des urines) :** à la recherche d'une infection urinaire.

**6. a. 5. Sérologie du virus de l'immunodéficience humaine :**

## **6. b. IMAGERIE MEDICALE**

**6. b.1. La Radiographie dorso lombo-sacrée de face et profil :**

Permet de voir une majoration du muscle psoas, des calcifications du psoas, une spondylodiscite ou spondylite.

**6. b.2. L'Echographie :** reste un examen diagnostique fiable sensible. Elle met en évidence une collection hypoéchogène ou hétéroéchogène souvent cloisonnée [8].

**6. b.3. Le SCANNER :** Rarement demandé montre un élargissement du psoas, collection et gaz dans le muscle [4,1].

## **7. FORMES CLINIQUES**

### **7. a. LES FORMES ANATOMIQUES**

Anatomiquement l'abcès du psoas peut être :

- Unilatéral à droite (psoas droit)
- Unilatéral à gauche (psoas gauche)
- Bilatéral (psoas droit et gauche)

### **7. b. LES FORMES SELON L'ETIOLOGIE**

L'abcès du psoas peut être provoqué par certaines affections :

- **Appendicite rétro cæcale** avec une douleur de la FID, masse pouvant aller au flanc, psoïtis, boiterie antalgique homolatérale plus une hyperleucocytose.
- **Mal de Pott :** douleur lombaire irradiant vers les membres inférieurs et un ATCD il y a un foyer initial de tuberculose.

La radiographie du rachis objective la spondylodiscite. Les crachats BAAR et l'IDR sont positifs.

- **Abcès du psoas suite à la maladie du Crohn et la recto-colite hémorragique** : dans les ATCD il y a une notion de douleur avec rectorragie.

- **Abcès du psoas suite à un traumatisme abdominal**

#### **7. c. LES FORMES SELON L'ÂGE :**

Il y a l'abcès du vieillard et du jeune : rare chez les vieilles personnes et fréquent chez les jeunes. Cependant les manifestations sont les mêmes.

#### **7. d. LES COMPLICATIONS :**

- Rupture de l'abcès dans la cavité péritonéale entraînant une péritonite pouvant entraîner la mort.
- Rupture accidentelle de l'uretère.
- Fistulisation à la peau
- Récidives quelques rares fois.

#### **8. DIAGNOSTIC :**

##### **8. a. DIAGNOSTIC POSITIF :**

Est basé sur les données cliniques (tuméfaction douloureuse du flanc ou fosse iliaque, psoïtis, fièvre) plus une collection dans le muscle psoas à l'échographie.

##### **8. b. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

Se fait avec :

■ **Le plastron appendiculaire** : peut croire à l'abcès du psoas mais,

- le siège est toujours dans la FID (fosse iliaque droite)
- consistance dure
- la notion de résistance à la prise d'antibiotique
- adhérence profonde.

■ **La lymphadénite inguinale** :

- notion de porte d'entrée
- siège inguinal

■ **Abcès pariétal** :

- Echographie abdominale

■ **Abcès para néphrétique** :

- siège lombaire haut
- traumatisme



- signes urinaires

## **9. TRAITEMENT :**

### **9. a. BUT :**

- Mise à plat de l'abcès ;

### **9. b. MOYENS :** médicochirurgical.

#### **9. b. 1. Traitement médical :**

C'est le traitement adapté aux germes responsables de la maladie. Certains auteurs ivoiriens ont préconisé une antibiothérapie simple [11].

Dans le cas où les germes ne sont pas retrouvés, l'antibiothérapie sera probabiliste à visée anti Staphylococcique [16].

#### **9. b. 2. Le drainage percutané :**

Utilise des cathéters multi perforés de type « queue de cochon », d'un calibre de 8-10F, ou plus gros 12-14F). Il est poursuivi jusqu'à ce qu'il cesse d'être productif

#### **9. b. 3. La ponction écho guidée :**

Utilise une aiguille de calibre suffisant (16-18G) pour évacuer un pus épais. Elle peut être éventuellement répétée.

#### **9. b. 4. Drainage chirurgical :**

Consiste à la mise à plat de la collection du psoas à travers une incision par voie extra ou tans péritonéale et à poser un drain.

Certains auteurs [7, 12] ont utilisé une lombotomie comme voie d'abord.

## **10. Indications thérapeutiques [17, 16, 11]:**

### **10.1. Traitement médical exclusif :**

- Abcès non compliqué

### **10. 2. La ponction écho guidée :**

- Absence de complication,
- Abcès de petite quantité (< 10cm)

### **10.3. Drainage chirurgical :**

- Abcès fluctuant,
- Complications,
- Récidives

**10. 4. Complications post opératoires :**

- Infections pariétales ;
- Eviscération ;
- Récidives.

## **IV. METHODOLOGIE :**

### **1. TYPE D'ETUDE :**

Notre travail est une étude rétrospective s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 30 juin 2006. Conformément à nos critères d'inclusion, nous avons recruté 18 patients adressés ou venus d'eux-mêmes au cours de la période d'étude.

### **2. LIEU D'ETUDE : SERVICE DE CHIRURGIE « A »**

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. Les activités chirurgicales sont dominées par la chirurgie digestive, thoracique et endoscopique.

Le service comprend deux pavillons [Pavillon Tidiani Faganda TRAORE (PTFT) et Pavillon Chirurgie II] et un Institut Malien de Recherche et de Formation en Coeliochirurgie (IMRFC).

Ces entités comprennent 40 lits d'hospitalisation dont 18 de troisième catégorie, 16 de deuxième catégorie et 6 de première catégorie.

Le personnel est constitué comme suit :

- Trois Professeurs agrégés
- Un Assistant
- Un chirurgien
- Deux secrétaires
- Des CES en formation
- Des Internes
- Treize Infirmiers : 5 au PTFT, 4 en CHIR II et 4 au bloc opératoire
- Six Techniciens de surface : trois par pavillon

Les consultations et interventions chirurgicales ont lieu tous les jours ouvrables, excepté le vendredi ; ce jour est consacré à la visite générale, à la programmation des patients pour la semaine suivante.

Les hospitalisations se font tous les jours

Un staff est tenu tous les matins, ayant pour but d'écouter le compte rendu de la garde et des exposés faits par les Internes et les CES, supervisé par un chirurgien.

### **3. MATERIEL ET METHODE :**

Nous avons réalisé une compilation de dossiers des malades recrutés au cours des urgences, en consultation externe et ayant été opéré pour l'abcès du psoas en chirurgie « A »

### **4. ENQUETE :**

Une fiche d'enquête a été conçue a cet effet.

Elle comporte 5 parties :

- Une partie administrative
- Les renseignements cliniques
- Les examens complémentaires
- Le traitement
- Le suivi post-opératoire

L'enquête s'est déroulée en deux temps :

- La phase de compilation des dossiers, des registres de consultation et de cahier de compte rendu opératoire.
- Une phase de collecte des données des malades hospitalisés.

### **5. POPULATION D'ETUDE**

a. Critères d'inclusion:

Tous les malades opérés dans le service de chirurgie « A » pour abcès du psoas, pendant la période de l'étude

b. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude tous les malades non opérés pour abcès du psoas, pendant la période de l'étude.

## **6. SUPPORT DES DONNEES :**

Les données émanaient principalement :

- des dossiers des malades opérés
- des registres d'hospitalisation
- des registres consignant les comptes-rendus opératoires
- des fiches d'enquête individuelle

**La saisie des données** a été faite sur Microsoft Word 2003 et l'analyse sur épi info version 6.0

**Test de probabilité :** nous avons utilisé le test de  $\chi^2$  avec un seuil de signification  $P < 0,05$

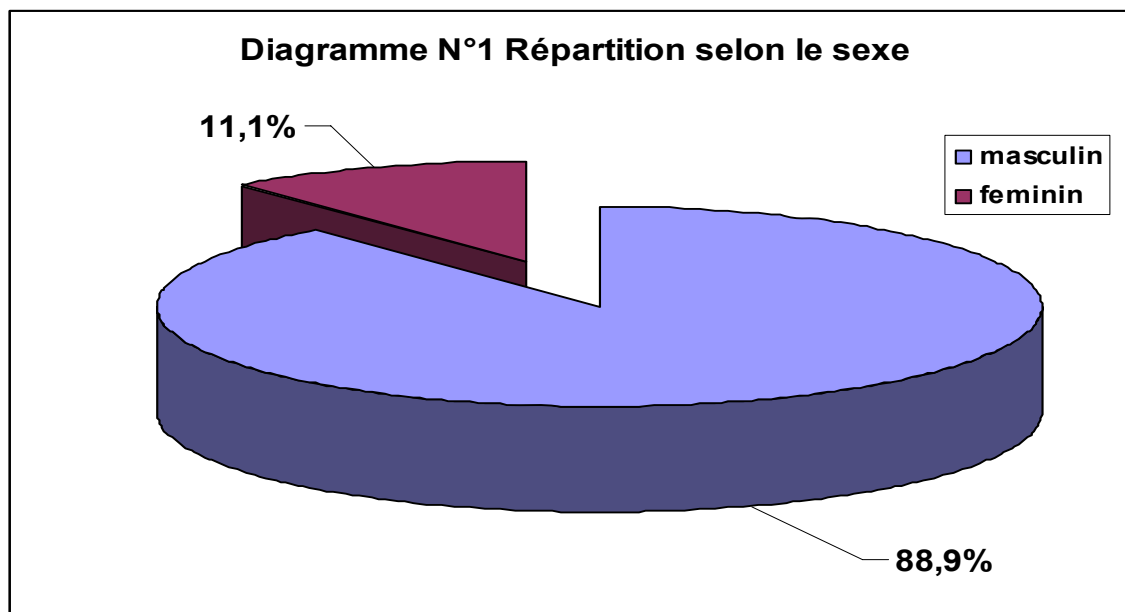
## V RESULTATS

**Tableau I: Répartition des patients selon l'âge.**

Age	Effectif	Pourcentage
0 –15	3	16,7
16 –30	3	16,7
31- 40	3	16,7
<b>&gt; 41 et plus</b>	<b>9</b>	<b>49,9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

L'âge moyen était de 38 ans avec un écart type de 16,15ans, les âges extrêmes allant de 12 à 62 ans.

**Graphique I: Répartition des patients selon le sexe.**



Le sexe ratio était de 8 en faveur des hommes

**Tableau II: Répartition des patients selon la provenance**

Provenance	Effectif	Pourcentage
<b>Bamako</b>	<b>9</b>	<b>49,9</b>
Kayes	3	16,7
Koulikoro	2	11,1
Ségou	1	5,6
Mopti	2	11,1
Indéterminé	1	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**Tableau III: Répartition des patients selon l'activité principale.**

Activité	Effectif	Pourcentage
<b>Paysan/éleveur</b>	<b>6</b>	<b>33,3</b>
Chauffeur/mécanicien	4	22,2
Elèves/étudiants	3	16,7
Commerçant	2	11,1
Ménagère	2	11,1
Maître coranique	1	5,6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**Tableau IV: Répartition des patients selon le niveau d'instruction.**

niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
<b>Analphabète</b>	<b>6</b>	<b>33,3</b>
Etude coranique	4	22,2
Etude primaire	4	22,2
Etude secondaire	1	5,6
Indéterminé	3	16,7
Total	18	100

**Tableau V: Répartition des patients selon l'année**

Année	Effectif	Pourcentage
1998	1	5,5
2000	2	11,1
<b>2001</b>	<b>3</b>	<b>16,7</b>
<b>2002</b>	<b>3</b>	<b>16,7</b>
2003	2	11,1
2004	2	11,1
2005	2	11,1
<b>2006(30/06/)</b>	<b>3</b>	<b>16,7</b>
Total	18	100

Les malades ont été plus fréquents en 2001 et 2002, qui représentent la 1/3 soit 33pour\_cent.



**Tableau VI: Répartition des patients selon le motif de consultation**

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
<b>Douleur du flanc droit</b>	<b>3</b>	<b>16,7</b>
<b>Douleur de la FID</b>	<b>3</b>	<b>16,7</b>
Douleur lombaire	2	11,1
Douleur de la FIG	2	11,1
Douleur de l'hypochondre	1	5,6
Douleur hypogastrique	1	5,6
<b>Autres</b>	<b>6</b>	<b>33,2</b>
Total	18	100

**Autres** : Malades référés pour le diagnostic retenu

**Tableau VII: Répartition des patients selon le siège de la douleur**

Siège	Effectif	Pourcentage
<b>Flanc droit</b>	<b>4</b>	<b>22,2</b>
<b>Flanc gauche</b>	<b>4</b>	<b>22,2</b>
Peri ombilical	1	5,6
FID	3	16,6
FIG	1	5,6
Lombaire droit	3	16,6
Hypogastrique	1	5,6
Hypochondre gauche	1	5,6
Total	18	100

**Tableau VIII: Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur**

Irradiation	Effectif	Pourcentage
<b>Aux membres inférieurs</b>	<b>15</b>	<b>83,3</b>
Sans irradiation	3	16,7
Total	18	100

**Tableau IX: Répartition des patients selon les signes d'accompagnements**

Signes	Effectif	Pourcentage
<b>N=18</b>		
<b>Fièvre</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>
Boiterie unilatérale	15	83,3%
Vomissements	3	5,6%
Frissons	1	16,7%
Pyurie	1	5,6%
Hématurie	1	5,6%
Total	18	100%

**Tableau X: Répartition des patients selon les traitements reçus avant l'hospitalisation**

Traitements reçus	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>17</b>	<b>94,4</b>
Total	18	100

**NB** : 1 malade n'avait pas reçu de traitement avant l'hospitalisation

**Tableau XI: Répartition des patients selon les signes physiques**

Signes	Effectif	Pourcentage
<b>Tumefaction</b>	<b>15/18</b>	<b>83,3</b>
<b>Boiterie unilatérale</b>	<b>15/18</b>	<b>83,3</b>
Défense	14/18	77,8
<b>Psoïtis</b>	<b>15/18</b>	<b>83,3</b>
Pâleur	1/18	5,6
Ictère	1/18	5,6
Total	18	100

**Tableau XII: Répartition des patients selon les données de la NFS**

**1. Les leucocytes**

Leucocytes	Effectif	Pourcentage
Hyperleucocytose	8	44,4
<b>Indéterminées</b>	<b>10</b>	<b>55,6</b>
Total	18	100

**2. La VS**

VS	Effectif	Pourcentage
Accélérée	8	44,4
<b>Indéterminée</b>	<b>10</b>	<b>55,6</b>
Total	18	100

**3. Le taux d'hémoglobine**

Hb	Effectif	Pourcentage
Normal	1	5,6
Abaissé	7	38,8
<b>Indéterminé</b>	<b>10</b>	<b>55,6</b>
Total	18	100

**Tableau XIII: Répartition des patients selon les résultats des radiographies dorso-lombo-sacrées.**

Radiographie	Effectif	Pourcentage
Normale	2	11,1
Demineralisation	1	5,6
Spondylodiscite	2	11,1
<b>Non interprétée</b>	<b>13</b>	<b>72,2</b>
Total	18	100

**Tableau XIV: Répartition des patients selon le volume échographique de la collection**

Quantité (cc/ml)	Effectif	Pourcentage
<b>50 – 500</b>	<b>9</b>	<b>49,9</b>
500 – 1000	5	27,8
1000 – 1200	1	5,6
Indéterminée	3	16,7
Total	18	100

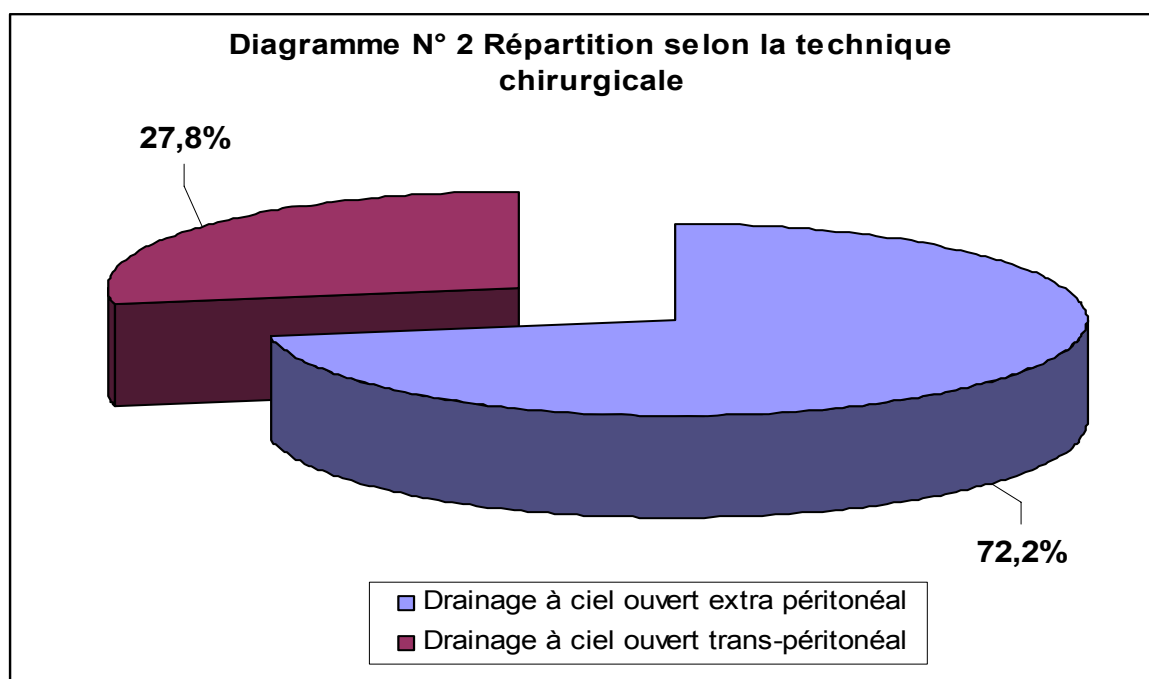
**Tableau XV : Répartition des patients selon l'étiologie**

Etiologie	Effectif	Pourcentage
<b>Idiopathique</b>	<b>13</b>	<b>72,2</b>
Tuberculose	2	11,1
Appendicite retrocæcale	2	11,1
Traumatisme	1	5,6
Total	18	100

**NB:** Nous n'avons pas trouvé de cause chez 13 patients soit 72,2%

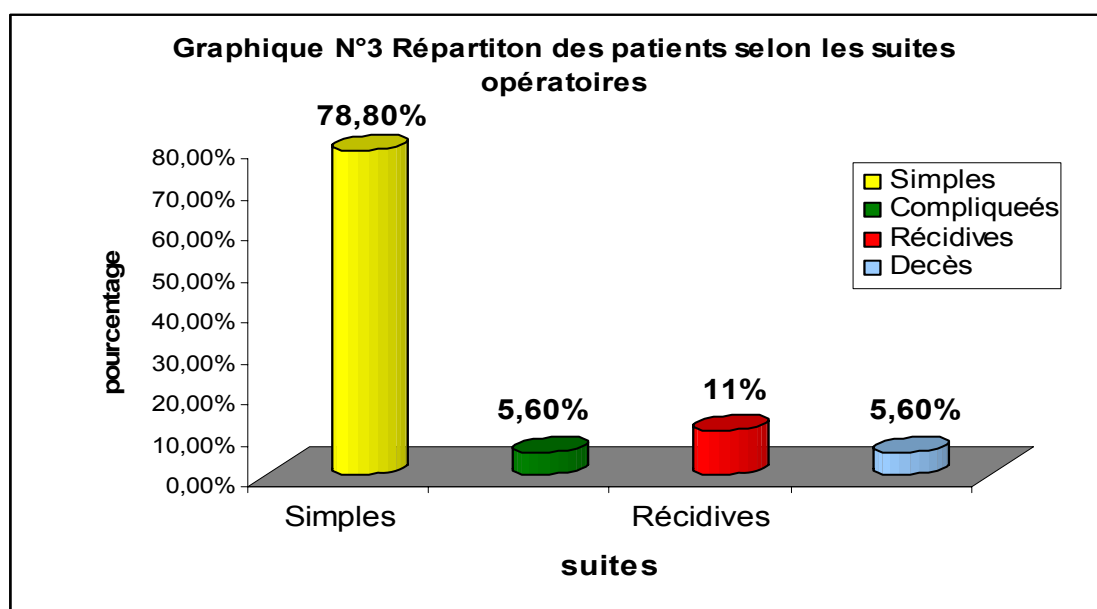
**Tableau XVI : Répartition des patients selon le traitement médical**

Traitement	Effectif	Pourcentage
<b>ATB + Antalgique</b>	<b>13</b>	<b>72,2</b>
ATB + Antalgique + AINS	3	16,7
Anti tuberculeux	2	11,1
Total	18	100

**Graphique N°II : Répartition des patients selon la technique chirurgicale**

**Tableau XVII : Répartition des patients selon les germes isolés**

Germes	Effectif	Pourcentage
<b><i>Staphylococcus aureus</i></b>	<b>7</b>	<b>38,9</b>
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	2	11,1
<i>Proteus mirabilis</i>	2	11,1
<b>Indéterminés</b>	<b>7</b>	<b>38,9</b>
Total	18	100

**Graphique N° 3 : Répartition des patients selon les suites opératoires****NB :**

- 1 malade est décédé à j2 post reprise pour éviscération
- 1 malade a été repris à j20 post opératoire pour éviscération
- 2 malades ont récidivé
  - ~ Le premier a récidivé 2 fois 1 et 2 ans,
  - ~ Le deuxième malade a récidivé 3 fois à 3, 4, et 14 mois respectivement.

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

<b>Durée d'hospitalisation (jours)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>2 – 10</b>	<b>8</b>	<b>44,4</b>
11 – 20	7	38,9
> 20	3	16,7
Total	18	100

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. METHODOLOGIE

#### 1.1. Avantages :

Cette étude rétrospective nous a permis de recruter un nombre conséquent, l'abcès du psoas étant une affection rare au Mali.

#### 1.2. Difficultés :

Nous en avons rencontré entre autres :

- L'inaccessibilité à certaines informations utiles du fait des dossiers incomplets
- La non disponibilité de certains résultats d'examens complémentaires.

### 2. EPIDEMIOLOGIE

**Tableau XIX : Répartition de l'âge (en années) selon les auteurs**

Auteur Age	Dahami (France) [17]	Diakité (Mali) [12]	Echarrab (Maroc) [3]	Roger le beau (RCI) [11]	Notre série
Extrême	5 - 70	1,5 – 67	17 – 65	16 – 62	12 – 62
Moyen	35	32	32	35,7	38

L'abcès du psoas peut survenir à tout âge.

L'âge moyen 38 ans se rapproche de celui retrouvé dans les séries Françaises, Marocaines, Ivoiriennes et Maliennes [17, 3, 11, 12].

L'étude tunisienne ayant été réalisée dans un service de pédiatrie a observé un âge moyen de 7 ans [7].



**Tableau XX : Répartition de sexe selon les auteurs**

Auteur Sexe	Dahami (France) [17]	Diakité (Mali) [12]	Fournier (France) [16]	Roger le beau (RDC) [11]	Notre Série
Masculin	11 (61, 1%)	9 (81, 8%)	8 (66, 7%)	8 (48, 9%)	16 (88, 9%)
Féminin	7 (38, 9%)	2 (18, 2%)	4 (33, 3%)	10 (51, 1%)	2 (11, 1%)
Nombre	18	11	12	18	18

Nous avons noté plus d'hommes (16/18) soit 88,9% dans notre série. Ce constat a été fait par d'autres auteurs [17, 12, 16]. ( $P=0,12$  ;  $P=0,95$  ;  $P=0,31$ ) respectivement.

Par contre les femmes ont prédominé dans la série ivoirienne [11], avec 51,1%. ( $P=0,32$ )

**Tableau XXI : Répartition annuelle selon les auteurs**

Auteur	Dahami (France)[17]	Diakité (Mali) [12]	Echarrab (Maroc) [3]	Roger le beau (RCI) [11]	Notre série
Année	3	2,8	2,1	1,5	2,6

La fréquence de l'abcès du psoas est probablement faible. Les auteurs retenus [17, 3, 11] n'ont recensé que 1,5 à 3 cas par an.

### 3. CLINIQUE :

**Tableau XXII : Répartition du côté atteint selon les auteurs**

Auteur Côté	Diakité (Mali) [12]	El Hassani (France) [18]	Roger le beau (RCI) [11]	Notre Série
Nombre	11	16	18	18
<b>Droit</b>	<b>6 (55%)</b>	<b>9 (56%)</b>	<b>15 (83%)</b>	<b>12 (67%)</b>
Gauche	4 (36%)	6 (38%)	3 (17%)	6 (33%)
Bilatéral	1 (9%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)

L'abcès du psoas avait prédominé du côté droit dans les études faites par les auteurs [12, 18, 11]. ( $P=0,8$  ;  $P=0,53$  ;  $P=0,44$ ). Dans notre étude, 66,7% d'abcès étaient localisés à droite et 33,3% à gauche.

Elhassani S [18] dans ses études en rhumatologie, avait trouvé un abcès du psoas bilatéral.

#### **Irradiation de la douleur**

La grande majorité de nos malades (15/18) avait présenté des douleurs irradiantes dans le membre inférieur homolatéral avec impotence fonctionnelle. Cette irradiation était rapportée trouvée par plusieurs auteurs [17, 3, 9, 19].

### 3.2 Les Signes physiques :

**Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'existence ou non d'un psoïtis.**

Auteur	Belgith (France)[7]	Dahami (France)[17]	Diakité (Mali) [12]	Echarrab (Maroc) [3]	Notre série
Nombre	18	18	11	21	18
<b>Psoïtis</b>	<b>17 (94%)</b>	<b>5 (28%)</b>	<b>11 (100%)</b>	<b>13 (62%)</b>	<b>15 (83%)</b>
Normal	1 (6%)	13 (72%)	0 (0%)	8 (38%)	3 (17%)

Dans notre étude, 83% de nos patients avaient présenté un psoïtis.

Nos résultats sont proches de ceux de Diakité [12], (P=0, 42) Belgith [7] (P=0,6) et Echarrab [3], (P=0,0008) qui ont rapportés respectivement 100%, 94% et 62%.

Dahami [17] dans sa série, avait trouvé 28% des cas.

### 3.3 Tuméfaction douloureuse

Dans notre série, nous avons palpé une masse douloureuse chez 15/18 (83,3%) des patients, et 8/11(72,72%) chez Diakité.

Cela a été le constat de plusieurs auteurs [17, 3], soit 77,8%, et 54% respectivement.

## 4. Para cliniques

### 4.1. La numération formule sanguine:

Diakité I. [12] dans sa série, avait trouvé 100% d'hyperleucocytose et Elhassani [18] 81%. Ce qui traduit l'infection bactérienne à pyogène le plus souvent.

Nous avons retrouvé 44% d'hyperleucocytose.

#### 4.2. Echographie et scanner :

Sont les examens para cliniques les plus contributifs au diagnostic positif.

L'abcès a été localisé et quantifié à l'échographie chez 15 de nos malades et une appendicite associée chez 2 malades.

Les résultats de l'échographie chez 3 malades n'ont été retrouvés.

Nous n'avons pas demandé de scanner en raison de son coût élevé. Par ailleurs l'échographie et le scanner ont une forte sensibilité.

#### 4.3. Radiographie

**Tableau XXIV Répartition selon les résultats de la radiographie Dorso-lombo-sacrée par auteur.**

Auteurs	Diakité (Mali) [12]	Takongmo (Cameroun) [20]	Younes (France) [21]	Notre série
Nombre	11	1	2	18
Normale	5 (45%)	1 (100%)	2 (100%)	2 (11%)
SDT	0	0	0	2 (11%)
SNDT	3 (27%)	0	0	0
Indeterminé	3 (27%)	0	0	13 (78%)

La radiographie du rachis dorso-lombo-sacré a été pratiquée pour un diagnostic topographique voir étiologique.

Elle a révélé une spondylodiscite tuberculeuse chez 2 malades dans notre série.

Dans la série de Diakité une Spondylodiscite non tuberculeuse a été observée chez 3 malades.

Les auteurs Takongmo [20] du Cameroun et Younes [21] de France n'ont pas eu d'anomalie du rachis dans leur série

## 5. La Technique opératoire

**Tableau XXV Répartition des malades selon la technique opératoire par auteurs**

Auteurs Technique	Aghoutane (Tunisie) [8]	Belgith (France) [7]	Diakité (Mali) [12]	Notre série
Nombre	55	18	11	18
Drainage percutané	0	12 (67%)	0	0
Drainage à ciel ouvert	55 (100%)	4 (22%)	10 (91%)	18 (100%)
Lombotomie	0	2 (11%)	1 (9%)	0

Le drainage à ciel ouvert a été pratiqué chez tous nos malades, également en Tunisie par Aghouthane [12].

Par contre Belgith a pratiqué le drainage percutané chez 67% de ces patients [7].

Ne disposant pas d'appareil échographique en urgence, nous ne pouvons pas réaliser ce mode de traitement.

## 6. Les Germes

**Tableau XXVI : Répartition des malades selon les germes et par Auteur**

Auteurs Germes	Belgith (France) [7]	Dahami (France)[17]	Diakité (Mali) [12]	Echarrab (Maroc) [3]	Notre série
Nombre	16	15	11	18	18
<b><i>Staphylococcus aureus</i></b>	<b>13 (81%)</b>	<b>10 (67%)</b>	<b>5 (46%)</b>	<b>11 (60%)</b>	<b>7 (39%)</b>
<i>Streptocoques</i>	-	-	2 (18%)	2 (11%)	-
<i>Escheri schia coli</i>	-	2 (13%)	1 (9%)	2 (11%)	-
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	-	-	-	-	2 (11%)
<i>Proteus mirabilis</i>	-	-	-	1 (6%)	2 (11%)

Dans notre série, le *staphylocoque aureus* était responsable dans 39% des cas, suivi de *Mycobacterium tuberculosis* (11%) et de *Proteus mirabilis* (11%).

Les résultats des ECB de pus n'avaient pas été retrouvés chez 39% dans notre série.

Les germes retrouvés dans les autres séries [7, 17, 12, 3] étaient représentés par les *Staphylocoques*, les *Streptocoques*, *Escheri schia coli* et les *Proteus mirabilis*.

Cependant le germe le plus rencontré dans toutes séries a été le *Staphylocoque aureus*.

## 7. Suites opératoires :

Dans notre série, nous avons noté 1 décès à J2 post reprise pour une éviscération. La morbidité était représentée par une éviscération et les récidives

Dahami Z. [17] dans sa série, avait noté 1 décès à J5 post opératoire par infarctus du myocarde.

Fournier P. [16] dans sa série, avait enregistré également un décès par une tare sus-jacente (non précisée dans le dossier du patient)

Les sepsis pariétaux, une reconstitution de l'abcès et un abcès intraperitonéal post opératoire étaient retrouvés dans la série Ivoirienne [11],

**Tableau XXVli : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et par Auteurs**

Auteurs	Diakité (Mali) [12]	Gharbi Youssef (Tunisie) [9]	Notre étude
Durée d'hospitalisation moyenne	8,3 jours	8,2 jours	12,4 jours

Les 12,4 jours d'hospitalisation de notre série sont supérieurs aux 8,2 jours de Gharbi Youssef [9].

## VII. CONCLUSION

L'abcès du psoas est une affection peu fréquent au Mali. Les facteurs étiologiques sont multiples. Malgré la diversité de l'expression, le diagnostic doit être évoqué devant une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque du flanc ou lombaire associée à un psoïtis avec boiterie. Le diagnostic est confirmé à l'échographie et la tomodensitométrie pour les centres équipés. Le traitement associe l'antibiothérapie, la chirurgie et la radiologie interventionnelle.

Les suites opératoires sont simples dans la plus part des cas



## **VIII. RECOMMAMDATIONS**

Au terme de cette étude, nous recommandons :

### **1. Aux populations :**

Une Consultation précoce dans les structures sanitaires les plus proches devant toute douleur fébrile de La fosse iliaque, ou du flanc, ou lombaire et fièvre.

### **2. Aux agents de santé :**

- La demande systématique d'une échographie devant une douleur de la fosse iliaque ou du flanc ou lombaire.
- Orientation de tout cas d'abcès du psoas confirmé ou suspecté à l'hôpital en vue d'une prise en charge efficiente ;
- Prélèvement et Réalisation d'examen cytot bactériologique avec antibiogramme de chaque collection purulente et mentionner les résultats dans les dossiers ;
- Recherche toujours l'étiologie.
- L'archivage des dossiers médicaux des malades pour une meilleure exploitation en cas d'étude rétrospective.

### **3. Aux autorités :**

- La mise à disposition d'un appareil échographique pour les urgences chirurgicales.
- Elaboration d'un programme d'information d'éducation et de communication (I E C) à l'intention des populations sur le risque des complications si consultation est tardive.

## **IX. BIBLIOGRAPHIE**

### **1. Alonso M, Reyes G, Glera MJ, Ruiz M. Robles G, Rius X**

Abcès primaire du psoas: deux nouvelles observations

J.Chin (Paris) 1990; 127(11): 537-538

### **2. Kummar S, Jains S.**

Peritonitis and Fulminant sepsis Due to spontaneous rupture of ilio-psoas abscess, Indian J Gastroenterol.2004; 23(6): 222-3.

### **3. Echarrab M., Medarhri J, El Ounani M, Louchi, A, Amraoui M, Errougani A, Benchekroun BA, Chkoff M., Balafrej S.**

Les abcès du psoas à pyogènes à propos de 21 cas

Med Maghr 2000 ; (79) : 31-34

### **4. Abcès du psoas, physio-pathogenie, bactériologie, manifestations cliniques, imagerie, traitement.**

[Http://www.md.uc-be/entites/mint/intr/hainaut/dossierprojet/dossierdocsem/abcès\\_psoas.html](http://www.md.uc-be/entites/mint/intr/hainaut/dossierprojet/dossierdocsem/abcès_psoas.html)-8k 05 /05/1999

### **5. Kumagai K, Ushiyama T, Kawasaki T, Matsusue Y.Extension of lumbar**

Spine infection in to osteoarthritis hip through psoas abscess J.Orthop Sci.2005; 10(1): 91-4

### **6. Alanc, Atams, Tunc B. Xanthogranulomatous pyelonephritis with psoas abscess: 2 cases and review of the literature, Int Urol Nephrol 2004; 36(4): 489-93**

### **7. Belgith. Moshen, Ben Brahim Mohamed, Boudhina Nabil, Jouini Priadh, Mekki Mangi Noui Abdellin,**

Abcès du psoas chez l'enfant, à propos de 18 observations. Progrès en urologie (Paris) 2003 ; 13(6) : 1372-1375

**8. Aghoutane M. Etaibi F., Karboulib, Afifi A. ; Benzelon A. Ben Hamma.**

Les abcès primitifs du psoas chez l'enfant. A propos de 55 cas

Rev maghr pédiat 1999; 9(4): 193-196.

**9. Gharbi Youssef, Hellal Nadia, Trabelsi Mosen, Ben Attia Moncef,**

**Jomni Mustapha, Ben Hassine habib, Ayed Mohsen, Sayed Sadok**

L'abcès primitif du psoas chez l'enfant : Approche diagnostique et thérapeutique.

Tunis-chir 2000 ; (1) : 9-11

**10. Attipou k, Anoukou M.K, Sonome B, Nack-Nack M, Assiobo A, N'Dakena**

**K ; James K** : Réflexion sur 8 cas d'abcès du psoas (AP) au CHU de Lomé

Togo,

<http://www.tg.refer.org/togo/ct/rec/journees/medibio.htm>

1998, vol, 76, N°1 PP.1017 101

**11. Roger Le beau, Eric Koffi, Bamourou Diane, Sebastien Yenon, Gregoire**

**Ayegnon, Jean-Claude Kouassi**

Les abcès du psoas. A propos de 18 cas.

Congres SAFCHID du 20-22 oct 2005 Lome pages 89-90

**12. Diakité Ibrahim,**

Abcès du psoas : étude rétro et prospective à propos de 11 cas au CHU de du Gabriel Touré Bamako Mali

Mémoire médecine 2006 (34)

**13. Musculation, Psoas (psoasiliaque; psoas, iliaque) anatomie**

<http://www.collegeem.qe.ca/cemdept/edup/csenecal>

**14. Muscle Iliopsoas.**

<http://www.college-em.eq.ca/prof/csenecal/anatomie/psoasiliaq.htm>

**15. Mallick et Coll,**

Iliopsoas abscesses. <http://pmj.bmjournals.com/cgi/content/full/80/946/459>

**16. Fournier P., Dubost JJ. , Ristori JM. , Soubrier M.**

Abcès du muscle psoas iliaque : étude rétrospective de 12 cas observés en rhumatologie

<http://www.espace-congres-sfr.com/06-Resumes/2003/Poster/240.asp>

**17. Dahami Z., Sarf I, Dakir M. Aboudaieb, Bernamis. Elmini M, Benjelloum S**

Traitement de l'abcès primitif à pyogène du muscle psoas: étude rétrospective à propos de 18 cas.

An urol 2001; 35(6): 329-334

**18. El Hassani S., Echarrab E.M, Bensabbah. R, Attaibi. A, Kabiri H, Bourki, K., Balafrej S., Hajjaj-Hassouni N.**

Les abcès primitifs du psoas à propos de 16 cas

Rev rhum 1998 ; 65(10) :612-617

**19. Gobossi – Serengbe.G, Gaudeuille.F, Yangue.CN, Kouda.A, Mandaba.A, Siopathis**

Abces primitif du psoas chez l'enfant. A propos d'un cas observe au complexe pédiatrique de Bangui.

Med Afriq Noire: 1999, 46 (11): 540-541

**20. Takongmo, Nko'o Amvene S., Juimoa.G, Afanezee, Eozoat, Malongae**

Problèmes diagnostiques à propos de 2 cas cliniques de mal de Pot lombaire.

Med Afr Noire 1993 ; 40(2)

**21. Younes M, Ben Ayechem. Lazie, Bejia I. , Ben Hamidar. Dahmene J., Moulat,**

Abcès tuberculeux du psoas sans atteinte rachidienne associée: a propos d'un cas.

Rev med Interne 2002; 23 (6): 549 – 553

**22. Shakespear WA, Dawie D, Tonnerre C, RubinMA, Strong M, Petti CA.**

Nalidixie acid-resistant Salmonella enterica serotype typhi presenting as a primary psoas abscess: case report and review of the literature.

Clin Microbiol. 2005; 43(2): 99-8

## FICHE SIGNALÉTIQUE

### Titre de la thèse

**ETUDE DES ABCES DU PSOAS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT G**

**Non et prénom :** Mounkoro Mama

**Année de Soutenance :** 2007

**Ville de soutenance :** Bamako

**Secteur Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la F.M.P.O.S

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie

### Résumé :

L'abcès du psoas est une affection rare, de plus en plus rapportée chez le sujet jeune. Nous avons colligé 18 cas d'abcès du psoas en 7 ans et 6 mois dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G au Mali.

Les objectifs spécifiques étaient de déterminer la fréquence, décrire les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques, et analyser les suites opératoires.

Il s'agit de 16 hommes et 2 femmes, d'âge moyen 38 ans (12 - 62 ans). L'atteinte était à droite chez 12 patients (67%), à gauche chez 6 patients (33%). Le tableau clinique avait associé un syndrome fébrile (100%), un psoïtis (83%). La biologie a retrouvé un syndrome inflammatoire et une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles chez 8 patients (44,4%). L'échographie a objectivé une collection dans le psoas chez 15 patients (83%). L'étude bactériologique du pus (11 cas) avait retrouvé un *Staphylococcus aureus* dans 7 cas (39%), un *Mycobacterium tuberculosis* dans 2 cas (11%), un *proteus mirabilis* dans 2 cas (11%). La recherche d'une étiologie avait identifié une Spondylodiscite tuberculeuse chez 2 patients (11%), une appendicite retrocæcale chez 2 patients (11%), et un traumatisme abdominal chez un patient. L'évolution était favorable chez 14 patients. Un patient est décédé à J3 post reprise pour une éviscération. Un patient avait éviscéré à J20 post opératoire. Deux patients avaient récidivé qui ont été traités avec succès.

**Mots clés :** **Abcès, psoas, Echographie abdominale.**

# ABCÈS DU PSOAS

## FICHE D'ENQUÊTE LES DONNEES ADMINISTRATIVES

1. N°de la fiche d'enquête      /    /
2. N°du dossier du malade      /    /
3. Nom et prénom .....
4. Age du malade      /    /
5. Sexe      /    /
  1. Masculin      2. Féminin
6. Provenance      /    /
  1. Bamako    2. Kayes    3. Koulikoro
  4. Sikasso    5. Ségou    6. Mopti    7. Autres
- 6a. Autres préciser.....
7. Adresse à Bamako.....
8. Nationalité      /    /
  1. Malienne      2. Autres
- 8a. Autres préciser.....
9. Ethnie      /    /
  1. Bambara    2. Malinké
  3. Sarakolé    4. Peulh    5. Autres
- 9a. Autres préciser.....
10. Principale Activité      /    /
  1. Cadre supérieur    2. Cadre moyen    3. Cadre inférieur
  4. Paysan    5. Ouvrier    6. Ménagère
  7. Autres    9. Ind.
- 10a. Autres Préciser.....
11. Niveau d'instruction      /    /
  1. illettré    2. Primaire    3. Secondaire
  4. Supérieur    5. Coranique    6. Autres
- 11a. Autres préciser.....
12. Adressé(e) par      /    /
  1. Médecin    2. Infirmier
  3. Aide Soignant    4. Autres    9. Ind.

12a. Autres préciser

13. Date d'entrée / / / /

14. Date de sortie / / / /

15. Motif de consultation / /

1. Douleur lombaire 2. Douleur de la FID 3. Douleur de la  
FIG  
. 4. Douleur du flanc droit 5. Douleur du flanc gauche 6. Autres  
. 9. Ind.

15.a Autres préciser.....

Histoire de la Maladie

16. Début de la douleur / /

1. brutal 2. Progressif  
3. Autres 9. Ind.

16a. Autres préciser.....

17. Siège de la douleur / /

1. FID 2. FIG 3. Lombaire  
4. Flanc 5. Autres 9. Ind.

17. Autres préciser.....

18. Type de la douleur / /

1. brûlure 2. Torsion 3. Pesanteur  
4. piqûre 5. Autres 9. Ind.

18a. Autres préciser.....

19. Périodicité / /

1. diurne 2. nocturne 3. Autres 9. Ind.

19a. Autres préciser.....

20. Facteurs déclenchants / /

1. Changement de position 2. Marche 3. Autres 9. Ind

20a. Autres préciser.....

21. Facteurs calmants / /

1. Prise d'antalgique 2. Repos 3. Autres 9. ind

21a. préciser.....

22. Irradiation / /

1. Aux membres 2. Aux organes génitaux  
3. Sans irradiation 4. Autres 9. Ind.

22a. Autres préciser.....

23. Intensité / /

1. Forte 2. Modérée 3. Minimale 4. Autres 9. Ind.

23a. Autres préciser.....

24. Durée / /

1. permanente 2. Intermittente 3. Autres 9. ind

24a. Autres préciser.....

25. Les signes Digestifs / /

1. Nausées 2. Vomissements 3. Diarrhée  
4. constipation 5. Arrêt des matières et des gaz 6. Autres



9. Ind.
- 25a. Autres préciser.....
26. Urinaire / /
1. Dysurie 2. Pollakiurie 3. Hématurie 4. Autres 9.
- Ind.
- 26a. Autres préciser.....
27. gynécologique / /
1. Ecoulement vaginal 2. Métrorragie 3. Autres 9. Ind.
- Autres préciser.....
28. Appareil locomoteur / /
1. Boiterie unilatérale 2. Boiterie bilatérale 3. raideur
4. Autres 9. Ind.
- 28a. Autres préciser.....
29. Autres signes d'accompagnement / /
1. Tuméfaction 2. Fièvre 3. Frissons 4. Autres 9. Ind.
- 29a. Autres préciser.....
30. Traitement médical / /
1. Oui 2. Non
31. Prescription / /
1. Antalgique 2. Anti inflammatoire 3. Antibiotique 4. Autres
9. Ind
- 31a. Autres préciser.....
32. Effet de la prescription / /
1. soulagement 2. Disparition des signes 3. Autres 9. Ind.
- 32a. Autres.....
33. Traitement Traditionnel / /
1. Oui 2. Non
34. Effet / /
1. Soulagement 2. Disparition des signes 3. Autres 9. ind
- 34a. Autres préciser.....
35. Les antécédents médicaux / /
1. tuberculose 2. Drépanocytose 3. Arthrite 4. Diabète
5. Autres 9. Ind.
- 35a. Autres préciser.....
36. Antécédents chirurgicaux / /
1. Appendicite 2. Annexite 3. Hernie
4. Néphrite 9. Ind.
- 36a. Autres préciser.....

### Clinique

#### Signes généraux

37. Etat général / /
1. Bon 2. Altéré 3. Autres 9. Ind.
- 37a. Autres préciser.....
38. Karnofsky / /
1. <50% 2. 50%-80% 3. >80%

39. Conjonctives / /  
 1. Ictère 2. Colorées 3. Pales  
 4. Autres 9. Ind.  
 39a. Autres préciser .....
40. Température / /  
 1. Normale 2. Hyperthermie 3. Hypothermie  
 4. Autres 9. Ind.  
 40a. Autres préciser.....
41. Pouls (F.C. /mn) / /  
 1. Normocardie 2. Tachycardie 3. Bradycardie  
 4. Autres 9. ind  
 41a. Autres préciser.....
42. Tension artérielle / /  
 1. Normale 2. Hypertension 3. Hypotension  
 4. Autres 9. Ind.  
 42a. Autres préciser.....
43. Poids / /  
 1. Normale 2. Obèse 3. Amaigrissement 4. Autres  
 43a. Autres préciser...
44. Taille / /  
 1. Moyenne 2. Grande 3. Petite
- Signes d'examens physiques
44. Inspection / /  
 1. tuméfaction 2. Ventre respire 3. Boiterie 4. Autres  
 44a. Autres préciser.....
45. Palpation / / / /  
 1. Masse 2. Défense 3. Contracture  
 4. psoïtis 5. Douleur 6. Autres 9. Ind.  
 45a. Autres préciser.....
46. Percussion / / / /  
 1. Mathé 2. Météorisme 3. Autres 9. Ind.  
 46a. Autres préciser.....
47. Toucher rectal / /  
 1. Douleur à droite 2. Douleur à gauche 3. Autres 9. Ind.  
 47a. Autres préciser.....
48. Toucher vaginal / /  
 1. douleur à droite 2. Douleur à gauche 3. Autres 9. Ind.  
 48a. Autre.....

### EXAMENS COMPLETAIRES

#### BIOLOGIE

##### NFS

49. Hyperleucocytose / /  
 1. Oui 2. Non 9. Ind

50. VS / /  
1. accélérée 2. Non accélérée 9. Ind.
51. CRP / /  
1. Normale 2. Anormale 9. Ind.
52. Hb / /  
1. anémie 2. Normale 9. Ind.
53. Hte / /  
1. anémie 2. Normale 9. Ind.
54. GLYCCEMIE / /  
1. Normale 2. Hyperglycémie 3. Hypoglycémie 9. Ind.
55. GROUPE SANGUIN / /  
1. O 2. A 3. AB 9. Ind.
56. RHESUS / /  
1. Positif 2. Négatif 9. Ind.
57. SEROLOGIE B83 / /  
1. Positive 2. Negative 9. Ind.
58. INTRA DERM REACTION / /  
1. Positive 2. Negative 9. Ind.
59. CRACHAT BAAR / /  
1. Positif 2. Négatif 9. Ind.
60. ELECTROPHORESE D'Hémoglobine

1. Positive 2. Negative 9. Ind.

#### IMAGERIE

61. RADIOGRAPHIE STANDARD PULMONAIRE / /  
1. normale 2. Anormale 9. Ind.
- 61a. Anormale préciser.....
62. RADIOGRAPHIE LOMBAIRE / /  
1. normale 2. Anormale 9. Ind.
- 62a. Anormale préciser.....
63. RADIOGRAPHIE DE LA HANCHE / /  
1. normale 2. Anormale 9. Ind.
64. ASP / /  
1. normale 2. Anormale 9. Ind.
- 64a. Anormale préciser.....
65. ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne / /  
1. normale 2. Anormale 9. Ind.
- 65a. Anormale préciser.....
66. TDM / /  
1. normale 2. Anormale 9. Ind.
- 66a. anormale préciser.....

#### TRAITEMENT

67. MEDICAL / /  
1. Antibiotique 2. Antalgique 3. Anti inflammatoire 4.  
Autres

- 67a. Autres préciser.....
68. CHIRURGICAL / /
1. drainage percutané 2. Drainage à ciel ouvert 3. Autres
- 68a. Autres préciser.....
69. VOIE D'ABORD / /
1. iliaque antéro latérale extraperitoneale 2. Transperineale 3. Para rectale
4. lombotomie 5. Autres
- 69a. Autres préciser.....
70. Prélèvement per opératoire / /
1. pus 2. Tissus 3. Ind.
71. Quantité du pus prélevée préciser en CC.....
72. Aspect du pus préciser.....
73. Toilette / /
1. Oui 2. Non
74. Drainage / /
1. Oui 2. Non
75. Fermeture / /
1. Oui 2. Non
76. Examens Bactériologiques / /
1. Staph 2. Mycobacterium tuberculosis 3. Strep 4. Proteus Mirabilis
5. Autres 9. Ind.
- 76a. Autres préciser.....
- SUITE OPERATOIRE
77. Persistance de la fièvre / /
1. Oui 2. Non
78. Ablation du drain / /
1. à J4 2. J7 3. >J7
79. Durée du séjour hospitalier en jour.....
80. Durée du séjour post opératoire.....
81. Suite à distance : récurrence / /
1. Oui 2. Non
82. Date d'apparition de la complication.....
83. Malade décédé suite à une complication / /
1. Oui 2. Non

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !