

# Publication n°05

[5]	[P. Chigblo, S. Madougou (2), E. Lawson, O. Goukodadja , F. Tidjani, A. Hans-Moevi	[Abcès fessier révélateur d'un mal de Pott : à propos d'un cas]	[Médecine d'Afrique Noire, 63 , n°6]	[pp. 322 - 325]	[2016]
-----	--	---	--------------------------------------	-----------------	--------

## Abcès fessier révélateur d'un mal de Pott A propos d'un cas

P. CHIGBLO<sup>1,2</sup>, S. MADOUYOU<sup>2</sup>, E. LAWSON<sup>1</sup>, O. GOUKODADJA<sup>2</sup>, F. TIDJANI<sup>2</sup>, A. HANS-MOEVI<sup>2</sup>

1. Sce chirurgie, Centre Hospitalier Départemental de Lokossa (MONO)  
2. Clinique Universitaire de Traumatologie-Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR), CNHU-HKM Cotonou, Bénin

### Résumé

**Introduction :** Le mal de Pott est rare en Occident mais s'observe encore en pays en développement. Le tableau clinique associe souvent une altération de l'état général, des rachialgies, des radiculalgies et abcès du psoas ainsi que des lésions radiologiques disco-vertébrales. L'abcès fessier est un mode de révélation peu habituel. Nous rapportons ici un cas de mal de Pott lombaire révélé par un abcès fessier trainant.

**Observation :** Un sujet masculin de 34 ans, instituteur, sans antécédent particulier, sans notion de contagé tuberculeux, a été reçu pour abcès de la fesse évoluant depuis environ 5,5 mois, plusieurs fois incisé sans succès. Le pus était épais, les radiographies pulmonaires et du rachis lombo-sacré étaient normales. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) et la recherche de Bacilles Acido-Alcool Résistants (BAAR) étaient fortement positives, la culture du pus avait isolé du *Mycobacterium tuberculosis*. Le pus a été drainé et le patient mis sous antibiotiques spécifiques. L'évolution a été favorable avec cicatrisation de la plaie.

**Discussion :** Le mal de Pott reste encore d'actualité dans nos contrées. Le tableau clinique peut être trompeur, un abcès trainant doit y faire penser. L'absence de signes radiologiques disco-vertébraux ne doit pas dérouter le praticien. L'IDR et la recherche de BAAR ne sont pas toujours positives. La tomodensitométrie, l'imagerie par Résonance Magnétique et l'examen anatomo-pathologique sont d'un grand secours lorsque leur réalisation est possible.

### Abstract

#### Gluteal abscess as Pott's spine manifestation: a case report

**Introduction:** Pott's disease is rare in the West but is more observed in underdeveloped countries. The clinical manifestation associates poor general condition, spinal pain, radicular pain and the psoas abscess and the disco-vertebral radiological lesions. Gluteal abscess is an unusual way of revelation. We report a case of lumbar Pott harm revealed by a gluteal abscess.

**Observation:** A 34-year-old male, teacher, was received for gluteal abscess lasting for about 5.5 months incised several times without success. The pus was thick, the chest X-rays and lumbosacral spine were normal. The tuberculin skin test and seeks Alcool-Acid Resistant Bacilli were strongly positive, the culture of the pus isolated a *Mycobacterium tuberculosis*. The pus was drained and the patient put under specific antibiotics. The outcome was favorable with wound healing.

**Discussion:** Pott's disease still remains topical in our countries. The clinical manifestation may be

**Keywords:**  
Pott's disease,  
gluteal abscess,  
diagnosis

misleading; a dragging abscess has to think about it. The absence of disco-vertebral radiological signs must not confuse the practitioner. CT scans, Magnetic Resonance Imaging and histological examination are of great help when their realization is possible.

## Introduction

Le mal de Pott ou spondylodiscite tuberculeuse est une tuberculose extra-pulmonaire, vertébrale, correspondant à l'atteinte infectieuse du disque intervertébral et des vertèbres adjacentes par le bacille de Koch ou le bacille tuberculeux, en général le *Mycobacterium tuberculosis*. [1].

Il est rare dans les pays développés, mais sa fréquence reste encore élevée dans les pays en développement [1, 2].

Il est grave par l'atteinte neurologique, pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel. Son siège préférentiel est le rachis dorsal ou lombaire [1, 3].

Son expression clinique est variable, allant de la simple douleur rachidienne, aux formes graves pouvant associer des troubles neurologiques sévères et des déformations rachidiennes importantes [3]. L'abcès fessier est un mode de révélation peu habituel.

Nous rapportons ici un cas de mal de Pott lombaire révélé par un abcès fessier chez un sujet de sexe masculin.

## Observation

Un sujet masculin de 34 ans, instituteur de profession, sans antécédent particulier et sans notion de contagement tuberculeux, a été admis au service de chirurgie du Centre Hospitalier Départemental de Lokossa (MONO) pour abcès de la fesse gauche évoluant depuis environ 5,5 mois, plusieurs fois incisé sans succès. Il présente en outre un amaigrissement non chiffré depuis environ huit mois ainsi que des douleurs lombaires de type mécanique qui surviennent de façon épisodique. Il n'y avait pas de notion de fièvre ni d'asthénie.

A l'examen, il avait un bon état général, une apyrexie (température à 37°C), un poids de 59 kg.

On notait une tuméfaction fluctuante de la fesse gauche sans signe inflammatoire local, en occurrence pas de chaleur, pas de rougeur, pas de douleurs à la palpation évoquant un abcès froid. La tuméfaction est fistulisée à la partie inféro-latérale de la fesse et la pression de la fesse fait sourde du pus épais, bien lié. L'examen du rachis était normal, sans raideur ni douleur provoquée. Le reste de l'examen clinique était normal.

Sur le plan biologique on notait : une hyperleucocytose à 16 Giga/l avec prédominance lymphocytaire et une anémie modérée à 10.2 g/dl à la numération formule sanguine. La vitesse de sédimentation (VS) était accélérée à 92 mm à la première heure et la Protéine C Réactive (CRP) était de 69 mg/l. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) était fortement positive (16mm) et la recherche de Bacilles Acido-Alcool Résistants (BAAR) était fortement positive. La culture du pus réalisée avait isolé le *Mycobacterium tuberculosis*. La sérologie HIV était négative.

Les radiographies pulmonaires et du rachis lombo-sacré étaient normales.

La tomодensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'ont pu être réalisées.

Le pus est drainé chirurgicalement et le patient a été mis sous traitement antibiotique antituberculeux. L'évolution a été favorable avec cicatrisation de la plaie, amendement des douleurs lombaires, un gain pondéral de 11,7 kg en six mois.

## Discussion

La tuberculose constitue un problème majeur de santé publique ; et reste l'une des maladies transmissibles causant le plus de décès dans le monde.

En 2013, selon les estimations, 9 millions de personnes l'ont contractée (dont un quart en Afrique) et 1,5 million de personnes en sont décédées, dont 360.000 sujets VIH-positifs [4].

En Europe, le mal de Pott est rare et touche préférentiellement les sujets immigrés dont le taux atteints 81,5% dans la série de BARRIERE [3]. Dans les pays en développement, elle est malheureusement encore fréquente et cette fréquence s'est accrue avec l'avènement du VIH/SIDA [4].

Le tableau clinique est peu spécifique. Le mode de début est insidieux et l'évolution traînante sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Dans notre cas, le délai diagnostique est de 8 mois. Il est comparable à celui de TAKONGMO au Cameroun qui a trouvé un délai de 7 et 8 mois pour ses deux cas [5].

Il est par contre largement supérieur au délai moyen de 3 mois trouvé par BARRIERE en France [3] et aux délais de 2 et 3 mois trouvés par ZABSONRE/TIENDREBEOGO au Burkina Faso pour ses deux cas [6]. Selon PERTUISSET, le délai diagnostique moyen est de 6 mois, mais il peut aller d'une semaine à trois ans [1]. Le principal symptôme du mal de Pott est la douleur rachidienne qui est présente dans 80-95% des cas [1], dans notre cas, elle était certes présente, mais elle survenait de façon épisodique et n'inquiétait pas le malade au point de constituer un motif de consultation.

Dans la série de BARRIERE, elle était présente dans 81.5% des cas [3].

La fièvre était absente dans notre cas et chez MERCIER [7] en France ; alors qu'elle était constamment retrouvée chez TAKONGMO au Cameroun [5], ZABSONRE/TIENDREBEOGO

au Burkina Faso [6] et SIMOPOULOU en Grèce [8].

Dans la série de BARRIERE, elle est retrouvée dans 43.75% des cas [3].

Les signes généraux (asthénie, amaigrissement, anorexie) sont en général présents dans moins de 50% des cas [1-3] ; dans notre cas, seul l'amaigrissement est retrouvé, l'asthénie et l'anorexie étaient absents.

L'atteinte neurologique est fréquente dans le mal de Pott, les signes neurologiques étant de 30-60% des cas, et se résument à l'étage lombaire en radiculalgies (cruralgies, sciatalgies) [1, 2]. Dans notre cas, il n'y avait pas de signe neurologique.

Un abcès froid fessier a été le signe révélateur du Mal de Pott dans notre cas. Les abcès froids pottiques se constituent à partir des amas de caséum des vertèbres affectées.

Ils sont migrants, se déplaçant le long des gaines musculaires, et peuvent se fistuliser à la peau, dans un viscère creux, même dans la cavité péritonéale [2]. Ces abcès se développent le plus souvent le long du muscle psoas donnant l'abcès du psoas [5, 6]. Ils peuvent aussi se développer le long des espaces intercostaux, donnant des abcès de la paroi thoracique ou abdominale [9], voire le long des muscles paravertébraux donnant un abcès péri-pottique dorsolombaire souvent volumineux [10]. D'autres localisations sont moins fréquentes ; il s'agit de l'abcès rétro-pharyngien [11], sub-masséterique [12], ou du biceps brachial [13] développés le plus souvent à partir du rachis cervical. La localisation fessière de l'abcès froid à partir du muscle glutéal semble atypique, très peu retrouvée dans la littérature [7, 14].

Au plan biologique, la leucocytose parfois observée, l'accélération de la VS et l'élévation de la CRP retrouvées dans notre cas et dans la littérature [3, 6, 7] ne sont pas spécifiques à la tuberculose et ont peu d'intérêt diagnostique. La positivité de l'intradermoréaction à la tuber-

culine (IDR) et surtout son caractère phlycténulaire (comme dans notre cas) est fortement évocateur, mais l'IDR peut être négative notamment chez les sujets âgés ou immunodéprimés [1, 3, 6], ce qui n'exclut pas le diagnostic.

En ce qui concerne l'imagerie, la radiographie standard seule était disponible dans notre cas et elle était normale. Dans la littérature, la radiographie standard est l'examen radiologique de première intention, elle peut montrer des signes en faveur de la tuberculose vertébrale jusqu'à 85-99% des cas [1, 3].

Ces signes sont entre autres : pincement du disque intervertébral, géodes (cavernes) dans le corps vertébral, séquestre, tassement vertébral... L'imagerie par résonance magnétique (IRM), examen radiologique de référence, et la tomodensitométrie (TDM) permettraient dans notre cas de voir des lésions non encore visibles à la radiographie. En effet l'une ou l'autre a permis de déceler des lésions en faveur du mal de Pott dans plusieurs séries de la littérature ou les radiographies standards étaient normales [3, 5-7]. Ces examens n'ont pu être réalisés dans notre cas par manque de moyens financiers.

Le diagnostic de certitude est apporté dans notre cas par la positivité de la recherche de BAAR et surtout l'isolement du *Mycobacterium tuberculosis* à la bactériologie. Ce ceci est largement retrouvé dans la littérature [7, 10]. Ces examens peuvent ne pas être contributifs, dans ce cas, l'examen anatomo-pathologique sera d'un grand secours [3, 6].

L'évolution dans notre cas a été favorable après drainage de l'abcès et traitement médical antituberculeux. Cette évolution est souvent la règle [3, 5-7] mais des cas de récurrence et parfois de décès ont été décrits [3].

### Conclusion

Le tableau clinique du mal de Pott peut être atypique, un abcès trainant avec un pus épais doit y faire penser. L'absence de signes radiologiques disco-vertébraux ne doit pas dérouter le praticien. L'IDR et la recherche de BAAR ne sont pas toujours positives.

La tomodensitométrie, l'imagerie par Résonance Magnétique et l'examen anatomo-pathologique sont d'un grand secours lorsque leur réalisation est possible.

### Références

1. PERTUISET E. Tuberculose vertébrale de l'adulte. *EMC, Appareil locomoteur*, 15-852-A-10, 2010
2. MAZZA-STALDER J, NICOD L, JANSSENS JP. La tuberculose extrapulmonaire. *Rev Maladies Respiratoires* 2012, 29(4) : 566-578
3. BARRIÈRE V, GEPNER P, BRICAIRE F, BLETRY O, CAUMES E. Aspects actuels de la tuberculose vertébrale à propos de 16 observations. *Annales de Médecine Interne*, 1999, 150(5) : 363-369
4. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2014. Geneva : WHO ; c2013. (accessed 23 June 2015) Available from: [http://apps.who.int/lris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/lris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1)
5. TAKONGMO S, NKO'O AMVENE S, JUIMO AG, AFANE ZE E, EDZOA T, MALONGA E. Problèmes diagnostiques à propos de deux cas cliniques de mal de pott lombaire. *Med Afr Noire* 1993, 40 (2) : 130-132
6. ZABSONRE/TIENDREBEOGO WJ, OUEDRAOGO DD, DIALLO J, GUIRA O, TIENO H, DRABO JY. Abscès tuberculeux du psoas à Ouagadougou : à propos de deux observations. *Med Afr Noire* 2014, 61 4(2) : 183-187
7. MERCIER A, POUESSEL G, J. DOS REMEDIOS J, DEWATRE F,

- GANGA-ZANDZOU S, YTHIER H. Abscès de la fesse et toux chronique chez une adolescente. *Archives de pédiatrie* 2007, 14 (1) : 73-76
8. SIMOPOULOU T, VARNA A, DAILIANA Z, et al. Tuberculous pyomyositis: a re-emerging entity of many faces. *Clin Rheumatol*. 2014;1:1-6.
9. ABID M, BEN AMAR M, ABDENADHER M, HAJ KACEM A, MZALI R, BEYROUTI MOHAMED I. Abscès de la paroi thoracique et abdominale isolé : une forme exceptionnelle de tuberculose. *Revue des Maladies Respiratoires* 2010, 27(1) : 72-5
10. DAHOU MAKHLOUFI C. Volumineux abcès pottique. *Revue des Maladies Respiratoires*, 2014, 31 (9) : 854-8
11. BAILI L, RACHDI I, BEN DHAOU B. et al. Mal de Pott cervical révélé par un abcès rétro-pharyngé. *Rev de Médecine Interne*, 2008, 32(15) : S108
12. MASCARENHAS S, TUFFIN JR, HASSAN I. Tuberculous sub-maseteric abscess: case report. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2009;47(7):566-8
13. TRIKHA V, GUPTA V. Isolated tuberculous abscess in biceps brachii muscle of a young male. *J Infect*. 2002, 44(4):265-6.
14. KUMAR R, CHANDRA A. Gluteal abscess: A manifestation of Pott's spine. *Neurol India*. 2003, 51(1):87-8.