

Myosite focale à Entérobacter chez une patiente immunocompétente

H. Tounsi , Médecine interne, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri - Nabeul, Nabeul, Tunisie

M. Bouzidi , Médecine interne, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri - Nabeul, Tunisie

W. Skouri, Médecine interne, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri - Nabeul, Nabeul, Tunisie

S. Dghaies, Médecine interne, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri -Nabeul, Tunisie

W. Garbouj, Médecine interne, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri -Nabeul, Tunisie

R. Amri, Médecine interne, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri - Nabeul, Nabeul, Tunisie

Introduction

La pyomyosite est une infection à pyogène dumuscle strié squelettique, rencontréehabituellement dans les zones tropicales,souvent chez des patients immunodéprimés.

Nous rapportons une nouvelle observation d'unepyomyosite à entérobacter survenue chez unefemme immunocompétente.

Observation

Patiente âgée de 53 ans, aux antécédentsd'hypothyroïdie bien équilibrée et d'une fissureanale nouvellement diagnostiquée, a été admise pour une symptomatologie d'installation aiguedepuis 2 jours, associant une fièvre et desmyalgies exquises au niveau de la cuisse droite.

A l'examen clinique, elle avait un état généralaltéré, une fièvre à 40°C, une impotence fonctionnelle totale, un œdème induré de la facelatérale de la cuisse droite associé à desmacules érythémateuses en regard.

A la biologie, elle avait une **hyperleucocytose à 12000/mm³** à prédominance de polynucléairesneutrophiles, **une CRP à 443 mg/l**. Les enzymes musculaires étaient normales ainsi que le restedes paramètres biologiques. L'hémoculture apermis d'identifier un **entérobacter**. Les sérologies des hépatites B et C ainsi que de HIVétaient négatives. Le dosage des AAN était négatif.

L'IRM musculaire a montré une **atteinte diffuse de type inflammatoire du muscle vaste latéral du quadriceps droit associée à une infiltration œdémateuse des tissus graisseux sous cutanés**.

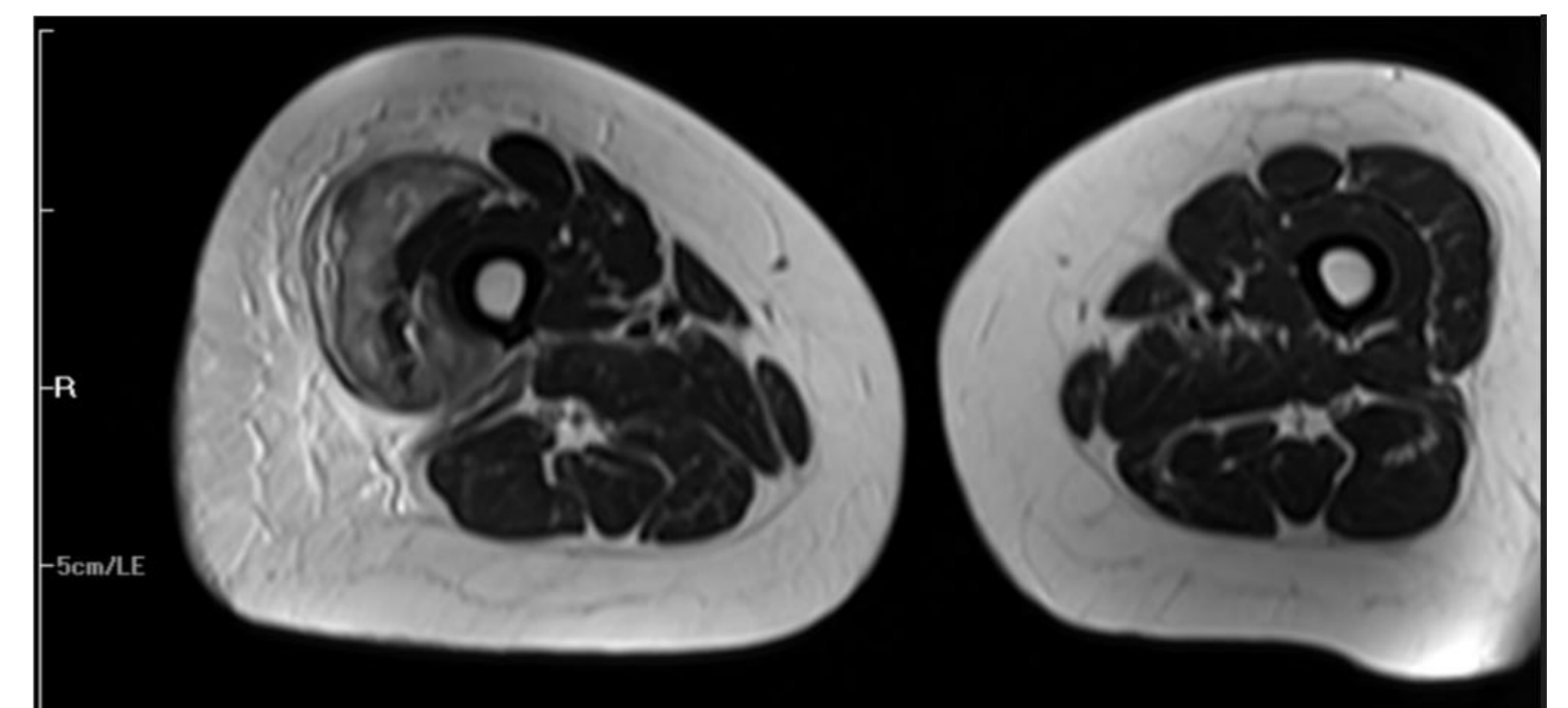


Figure 1: IRM musculaire de notre patiente

Une antibiothérapie initialement probabiliste puisadaptée à l'antibiogramme a été initiée. L'évolution était favorable avec obtention d'une apyrexie stable,une régression des signes inflammatoires locaux etune reprise de l'autonomie. La biologie a montré unediminution puis une normalisation de la CRP et dutaux des leucocytes. Une IRM de contrôle, réaliséeaprès 2 mois d'évolution, a montré un discrethypersignal T2 de la moitié inférieure du vaste latéralet une prise de contraste du fascia en regard.

Discussion

La pyomyosite non tropicale est rare. Sa survenuedoit motiver la recherche d'un étatd'immunodépression méconnu. L'IRM musculaireest l'examen d'imagerie le plus sensible. L'enquêtebactériologique doit être rigoureuse. Les germes lesplus souvent en cause sont par ordre de fréquence :le staphylococcus aureus, le streptocoque et lesbacilles gram négatifs. Chez notre patiente la ported'entrée serait la fistule anale. Une antibiothérapieprobabiliste doit être débutée dès la suspiciondiagnostique étant le risque de survenue de complications allant des micro-abcès jusqu'à l'étatde choc septique.

Conclusion

Bien que rare en dehors des zones tropicales, lagravité potentielle de la pyomyosite incite à sameilleure connaissance.

