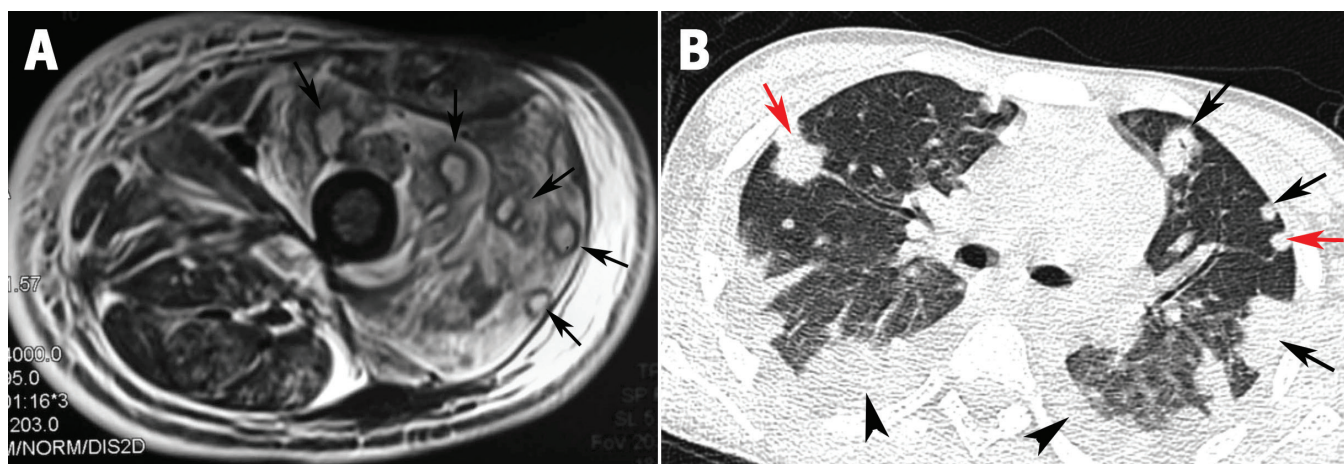


# Embolie pulmonaire septique et pyomyosite à *Staphylococcus aureus*

Deepak Chaudhary MD, Tanushi Aggarwal MBBS, Ashok Kumar Pannu MD

■ Citation : CMAJ 2022 January 31;194:E126. doi : 10.1503/cmaj.210782-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210782](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210782)



**Figure 1 :** (A) Cliché d'imagerie par résonance magnétique de la cuisse gauche d'un garçon de 14 ans souffrant de pyomyosite qui montre de multiples collections hyperintenses en  $T_2$  dans les plans intermusculaires (flèches). (B) Tomodensitométrie thoracique montrant des nodules pulmonaires périphériques de taille variable (flèches noires) avec vascularisation de certains nodules (flèches rouges) et épanchements pleuraux bilatéraux de légers à modérés (têtes de flèches).

Un garçon de 14 ans de milieu défavorisé a consulté notre service d'urgence pour une fièvre élevée depuis 3 ou 4 jours, une douleur à la cuisse gauche et une gêne respiratoire. Il était bien auparavant; il n'avait aucun antécédent de traumatisme et n'avait pas utilisé de substances illicites. À l'examen, il semblait amaigri et dénutri (indice de masse corporelle de 17). Sa cuisse gauche était enflée, chaude et sensible, et sa mobilité était restreinte en raison de la douleur. Les analyses de laboratoire ont révélé un taux d'hémoglobine de 85,0 g/L (normale 120,0–140,0), une numération leucocytaire de  $18,6 \times 10^9/L$  (normale 4,0–11,0) et un taux d'albumine de 18,6 g/L (normale 34,0–48,0). Nous avons observé de multiples collections hyperintenses au niveau des plans intermusculaires de sa cuisse gauche à l'imagerie par résonance magnétique pondérée en  $T_2$  (figure 1A). La tomodensitométrie thoracique a révélé des nodules pulmonaires périphériques de taille variable; certains étaient vascularisés, évoquant une propagation hémotogène de l'infection (figure 1B).

Nous avons ponctionné l'une des collections intramusculaires et obtenu du pus, mais la coloration de Gram et la culture sont

restées négatives. Son hémoculture a par contre permis d'identifier une souche de *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline. L'échocardiographie transthoracique n'a montré aucun signe d'endocardite. Le test de dépistage du VIH était négatif, et la glycémie était normale.

Nous avons posé un diagnostic de pyomyosite primaire avec embolies septiques aux poumons. Nous avons traité le patient au moyen de cloxacilline intraveineuse pendant 3 semaines, suivie de cloxacilline orale pendant 1 semaine. Son état clinique s'est amélioré, et les hémocultures subséquentes étaient négatives.

La pyomyosite primaire est une infection du muscle squelettique qui entraîne la formation d'abcès; les muscles proximaux des membres sont le plus souvent touchés<sup>1,2</sup>. La maladie a majoritairement été décrite dans les pays tropicaux et subtropicaux, mais peut survenir sous des climats tempérés; 7 cas ont récemment été décrits dans le nord de l'Ontario<sup>1-3</sup>. La maladie affecte typiquement des patients immunodéprimés ou dénutris. Des antécédents de traumatisme sont documentés chez environ la moitié des patients. L'imagerie par résonance magnétique est plus sensible que l'échographie pour évaluer l'étendue de

l'infection. De 80 % à 90 % des infections sont causées par *S. aureus*<sup>1,2</sup>. La bactériémie s'observe chez 10 %–20 % des patients, et l'infection peut alors se propager, le plus souvent aux poumons. Le traitement repose sur une antibiothérapie d'une durée de 3–4 semaines. Les abcès plus volumineux doivent parfois être drainés.

## Références

1. Idelevich EA, Kreis C, Löffler B, et al. *Staphylococcus aureus*-associated musculoskeletal infections. *Curr Top Microbiol Immunol* 2017;409:229-61.
2. Gubbay AJ, Isaacs D. Pyomyositis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:1009-12, quiz 1013.
3. Loewen K, Kirlow M, Benvenuto PS, et al. Northern tropics? Seven cases of pyomyositis in northwestern Ontario. *J Assoc Med Microbiol Infect Dis Can* 2016;1:1-7. doi: 10.3138/jammi.1.3.01.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

**Affiliation :** Département de médecine interne, Postgraduate Institute of Medical Education and Research (PGIMER), Chandigarh, Inde

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Correspondance :** Ashok Kumar Pannu, [gawaribacchi@gmail.com](mailto:gawaribacchi@gmail.com)

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.