

## Le syndrome des abcès aseptiques, une entité rare à évoquer devant des abcès de localisations multiples dans le cadre d'une MICI

Safia Bennani Karim<sup>1\*</sup>, Marc-Antoine Delbarre<sup>1</sup>, Lucile Semeria<sup>2</sup>, Amine Moslemi<sup>3</sup>, Ludovic Trefond<sup>4</sup>, Pierre Duhaut<sup>1</sup>, Amandine Dernoncourt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de médecine interne et RECIF, CHU Amiens-Picardie

<sup>2</sup>Service de dermatologie, CHU Amiens-Picardie

<sup>3</sup>Service d'anatomie et cytologie pathologiques, CHU Amiens-Picardie

<sup>4</sup>Service de médecine interne, CHU Clermont-Ferrand

\*service de Médecine interne du CHU Amiens-Picardie, rue du Pr Christian Cabrol, 80000 Amiens; [BennaniKarim.Safia@chu-amiens.fr](mailto:BennaniKarim.Safia@chu-amiens.fr)

### Introduction

Le syndrome des abcès aseptiques est une **maladie inflammatoire rare** (une centaine de cas décrits dans la littérature) impliquant les **polynucléaires neutrophiles (PNN)** [1-3]. Son étiologie reste inconnue mais ce syndrome est fréquemment associé à d'autres pathologies inflammatoires, principalement les **maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)** ; 40% à 70% des cas) [1-3].

### Observation

Une patiente de 25 ans, suivie pour **une recto-colite hémorragique** depuis l'adolescence sans traitement de fond et sans poussée clinique récente, est hospitalisée pour une franche altération de l'état général et une fièvre vespérale. Le scanner thoracique révèle la présence des **nodules excavés des lobes inférieurs (Image 1)**. Le bilan auto-immun (dont la recherche d'ANCA) et le bilan infectieux (bactériologique, virologique et fongique) sont négatifs, et plusieurs lignes d'antibiothérapie probabiliste sont inefficaces.

La biologie met en évidence un **syndrome inflammatoire majeur** avec un pic de CRP atteignant 240 mg/l, une **hyperleucocytose** à 25 G/L dont 60% de PNN.

La biopsie pulmonaire retrouve la présence de **nombreux abcès excavés non tumoraux, sans nécrose, sans granulome, sans pathogène**. Parallèlement, des **lésions cutanées à type de masses sous-cutanées profondes inflammatoires et très douloureuses** apparaissent au niveau des coudes et des jambes (**Image 2a**). La biopsie cutanée profonde en fuseau est en faveur d'une panniculite à prédominance septale avec infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire, avec des lésions de vasculite lymphocytaire, des ébauches de thrombi et une importante extravasation d'hématies faisant évoquer une thrombophlébite superficielle (bilan de thrombophilie négatif), sans pathogène identifié. La biopsie cutanée se complique secondairement d'un **pyoderma gangrenosum (Image 2b)**.

Le scanner abdomino-pelvien et la TEP-scanner met en évidence **plusieurs adénomégalies dont certaines nécrotiques sous-diaphragmatiques et de multiples collections d'allure abcédée au niveau de la rate et du segment VII hépatique**.

Le **diagnostic de syndrome des abcès aseptiques** est retenu.

L'évolution est rapidement favorable après initiation d'une corticothérapie (bolus sur 3 jours puis relai oral à 1mg/kg/j de prednisone) et de colchicine (1mg/j). Néanmoins, la patiente présente une rechute des lésions cutanées en dessous de 30mg/j de prednisone. Une biothérapie par anti-TNF $\alpha$  (INFLIXIMAB) est débutée permettant une régression des lésions après 3 mois de traitement.

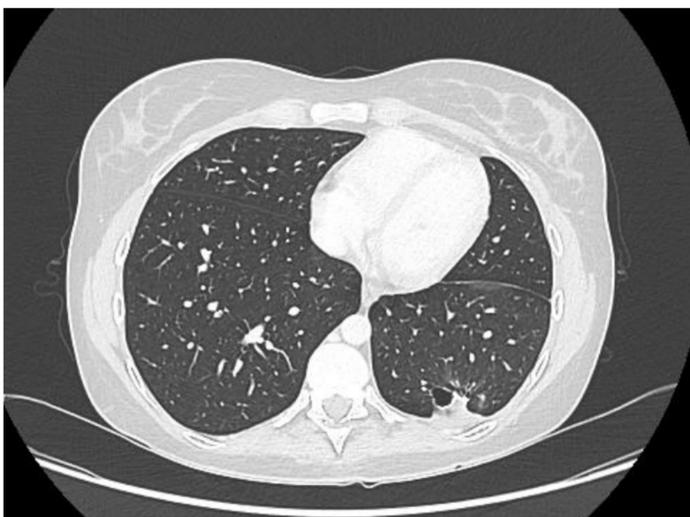


Image 1: Scanner thoracique injecté  
Lésion excavée lobe inférieur gauche



Image 2: lésions cutanées  
a) abcès sous-cutané, b) pyoderma gangrenosum

### Discussion

Le **syndrome des abcès aseptiques est une entité anatomoclinique médiée par les PNN et caractérisée par des lésions abcédées sans germe identifié majoritairement localisées au niveau des organes intra-abdominaux** (1-3).

Les critères diagnostiques reposent sur la présence d'abcès profonds avec à l'histologie une prédominance de PNN, des hémocultures stériles, des sérologies infectieuses bactériennes et parasitologiques négatives (notamment yersinia et mycobatéries), une inefficacité de l'antibiothérapie, et une évolution radio-clinique rapidement favorable après introduction de la corticothérapie (2).

D'après une large série multicentrique française de 71 patients, l'âge moyen au diagnostic est d'environ 30 ans, sans prédominance de sexe. Dans plus de la moitié des cas est associé à d'autres pathologies telles que les MICI, le pyoderma gangrenosum, la polychondrite atrophiante et la spondylarthrite, mais peut aussi être idiopathique (3).

Le syndrome des abcès aseptique n'est pas toujours corrélé à l'activité de l'éventuelle pathologie associée. La clinique est riche avec le plus souvent des localisations multiples (par ordre de fréquence la rate, les ganglions, la peau, le foie, les poumons, les muscles...) (3). La biologie montre une hyperleucocytose à PNN et une élévation des marqueurs inflammatoires dans plus de 80% des cas.

Le traitement initial recommandé est une **corticothérapie seule ou associée à la colchicine de décroissance progressive sur 3 mois** (3).

**Le diagnostic de syndrome des abcès aseptiques peut être retenu après un bilan différentiel exhaustif.** La corticodépendance et les rechutes sont fréquentes (environ 60% des cas) justifiant le recours à d'autres immunosuppresseurs, notamment les **anti-TNF $\alpha$**  (2).

(1) Aseptic abscesses: A study of 30 patients with or without inflammatory bowel disease and review of the literature. *Medicine* 2007, 86, 145–161.

(2) André, M.; Aumaitre, O. Le syndrome des abcès aseptiques. *La Rev. De Méd. Interne* 2011, 32, 678–688.

(3) Trefond, L.; Frances, C.; Costedoat-Chalumeau, N.; Piette, J.-C.; Haroche, J.; Sailler, L.; Assaad, S.; Viillard, J.-F.; Jégo, P.; Hot, A.; et al. Aseptic Abscess Syndrome: Clinical Characteristics, Associated Diseases, and up to 30 Years' Evolution Data on a 71- Patient Series. *J. Clin. Med.* 2022, 11, 3669.