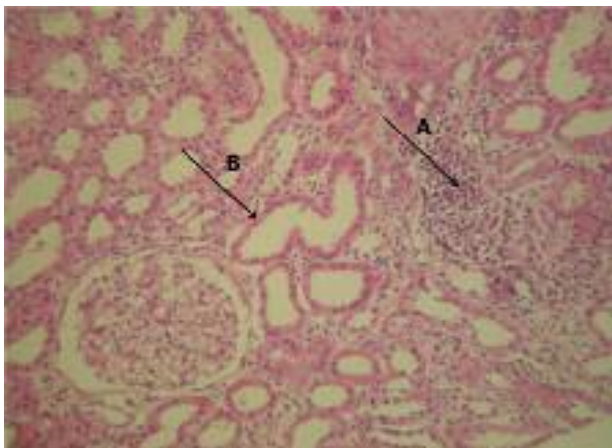
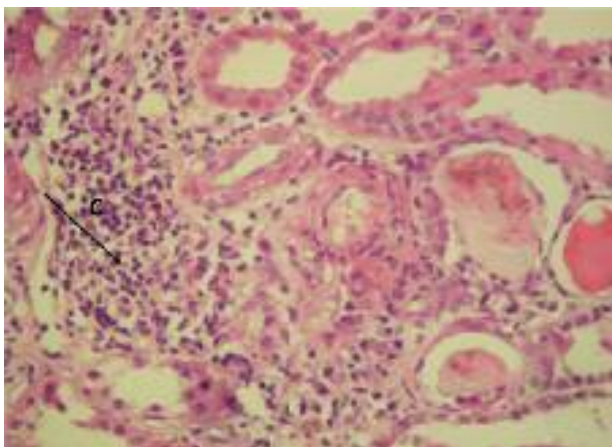


**Figure 1** : Photo de la ponction-biopsie du rein (HE) : L'examen anatomopathologique de la ponction-biopsie rénale : un infiltrat inflammatoire périveinulaire et périvasculaire (Flèche A). Présence d'une dilatation tubulaire et aplatissement de l'épithélium tubulaire (Flèche B).



**Figure 2** : Photo de la ponction-biopsie du rein (HE) : L'examen anatomopathologique de la ponction-biopsie rénale : Trous tubulaire, cylindres tubulaires et infiltrat inflammatoire interstitiel avec infiltrat péri-vasculaire (Flèche C).



## Références

- 1) Asarod K, Haga HG, Beg KJ et al. Renal involvement in primary Sjogren's syndrome. Q J Med 2000; 93: 297- 304.
- 2) Raynal C, Durupt S, Durieu I et al. Quadriparésie hypokaliémique avec acidose tubulaire distale révélatrice d'un syndrome de Gougerot-Sjögren primaire. Presse Med 1999; 28: 1935-7.
- 3) Ohtani H, Imai H, Kodama T et al. Severe hypokalaemia and respiratory arrest due to renal tubular acidosis in a patient with Sjögren syndrome. Nephrol Dial Transplant 1999;14: 2201- 3
- 4) Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R et al. European Study Group on Classification Criteria for Sjögren's Syndrome. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. Ann Rheum Dis 2002; 61: 554-8.

## Pyélonéphrite emphysémateuse associée à une cystite emphysémateuse : À propos d'un cas avec évolution favorable sous traitement médical

Mazdar Adil, Ait Sakel Adil, Kallat Adil, El Sayegh Hachem, Iken Ali, Benslimane Lounis, Nouini Yassine  
Service d'urologie -A-, Hôpital Ibn-Sina. CHU Rabat-Salé

La pyélonéphrite emphysémateuse est une infection nécrotique du rein caractérisée par la présence de gaz au sein du parenchyme rénal, des cavités excrétrices ou des espaces péri rénaux, survenant préférentiellement chez le diabétique [1]. C'est une affection rare encore plus rare son association à une cystite emphysémateuse et grave. Le diagnostic est confirmé par l'imagerie et Le traitement est médicochirurgical. Le pronostic de cette pathologie reste tributaire d'un diagnostic précoce et d'un traitement efficace mis en route sans retard [2]

Nous rapportons un cas de pyélonéphrite emphysémateuse associée à une cystite emphysémateuse chez un homme de 32 ans porteur d'une dérivation continente suite à une mauvaise vidange. L'évolution était exceptionnellement favorable grâce à un diagnostic précoce qui a permis un traitement conservateur.

## Observation

Un patient âgé de 32 ans, opéré à l'âge de 16 ans pour myéломéningocèle, puis hospitalisé au service en 1990 pour prise en charge d'une vessie neurogène traitée par une dérivation continente. Le patient a été admis en février 2011 pour lombalgies droite fébriles avec douleurs hypogastriques et vomissements depuis 48 heures. L'examen a découvert une fièvre à 38.5 ainsi une sensibilité de la fosse lombaire droite et des crépitations à la palpation. La glycémie à jeun était de 0.93 g/l, et la créatinine de 59.3 mg/l. La leucocytose était à 39500/mm<sup>3</sup> à prédominance PNN (91.4%), et la CRP était à 210.9 mg/l. L'examen cytbactériologique des urines a mis en évidence un stéptocoque du groupe D (culture anaérobie négative).L'ASP (Figure1) a montré une image lacunaire claire se projetant en regard de l'aire rénal droit ainsi que l'aire vésicale, faisant suspecter une pyélonéphrite emphysémateuse avec lithiases de vessie.

**Figure 1** : Abdomen sans préparation montrant de l'aire au niveau de la loge rénale droite et de la vessie, ainsi qu'une lithiase vésicale.



L'échographie rénale faite aux urgences a montré un rein droit siège d'une dilatation pyélocalicielle à contenu impur, renfermant du matériel hypér-échogène sans cône d'ombre. La tomодensitométrie abdominale avait confirmé le diagnostic en montrant des bulles d'air au niveau des cavités pyélocalicielle et aussi au niveau de la lumière de la néo vessie (Figure 2,3).

Figure 2 : TDM pelvienne, présence de gaz dans la lumière vésicale.



Figure 3 : TDM abdominale : Présence de gaz dans la voie excrétrice du rein droit



Devant ce tableau de pyélonéphrite et cystite emphysemateuse, notre attitude a été conservatrice et a consisté à drainer les urines par une sonde urinaire qui a ramené des urines troubles hématisées, une équilibration hydro électrolytique et surtout une antibiothérapie à large spectre comportant une céphalosporine de 3ème génération (céftriaxone) et un nitro-imidazolé (métronidazole). L'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) a isolé un Stréptocoque groupe D sensible à plusieurs antibiotiques. L'évolution a été rapidement favorable : par l'apyrexie au bout de 48 heures, normalisation de la fonction rénale et régression des signes biologiques de l'infection au 10ème jour d'hospitalisation. Aucune imagerie de control n'a été réalisée.

## Conclusion

La pyélonéphrite emphysemateuse demeure une infection grave mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel. La tomодensitométrie est l'examen clé qui fait le diagnostic positif et topographique. L'antibiothérapie précoce est systématique. Le drainage percutané est probablement la première étape thérapeutique dans la majorité des cas, mais ne doit pas retarder une éventuelle néphrectomie de sauvetage.

La cystite emphysemateuse est une pathologie rare à germes banals qu'il faut savoir reconnaître sur les examens d'imagerie. Basé sur une meilleure compréhension de ses mécanismes physiopathologiques, son traitement est actuellement bien codifié et a considérablement amélioré son pronostic, jadis réputé grave.

## Références

- [1] Huang JJ, Tseng C. Emphysematous pyelonephritis. Clinoradiological classification, management, prognosis, and pathogenesis? Arch Intern Med 2000;160:797-805.
- [2] Amara Y, Khouni H, Ben Ali M et al. Pyélonéphrite et cystite emphysemateuse: Une association exceptionnelle. Rev Tunis Infect 2011;5:29-32

## Syndrome catastrophique des antiphospholipides en post partum simulant une péritonite : Un piège diagnostique

Mrazguia Chaouki, Makni Haykel, Najjar Marwen, Ajili Amjed, Charrada Hedi

Service de gynéco-obstétrique, hôpital régional de Nabeul, Tunisie

Faculté de médecine de Tunis, Tunisie

Le syndrome catastrophique des antiphospholipides (CAPS) ou syndrome d'Asherson a été décrit pour la première fois en 1992, il s'agit d'une entité rare, concernant moins de 1 % des patients avec syndrome des antiphospholipides (SAPL) [1]. Il est caractérisé par la survenue simultanée de thromboses multiples, typiques par leur prédominance microcirculatoire, pouvant conduire à un tableau de défaillance multiviscérale [2]. Des macro-thromboses artérielles ou veineuses peuvent parfois s'y associer.

Six pour cent des SAPC sont associés à la grossesse et à l'accouchement [2], la reconnaissance de ce syndrome au cours de cette période est fondamentale, d'autant plus qu'il peut simuler d'autres affections (Purpura thrombopénique cytopénique, HELLP syndrome) dont la prise en charge est différente.

Nous rapportons un cas de SAPC observé en post partum qui a été initialement pris en charge comme une péritonite. Notre but est de rappeler la gravité de ce tableau et d'insister sur la nécessité d'une prévention efficace, d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée.

## Observation

Mme A.Y âgée de 34 ans, ayant dans ces antécédents un syndrome des antiphospholipides découvert devant des fausses couches spontanées à répétition. Elle a consulté aux urgences de la maternité pour début de contractions utérines sur un terme de 34 SA, sa