

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 cytotactériologique 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

grossesse était une grossesse gémellaire menée sous Aspégic et héparine à bas poids moléculaire (HBPM). L'interrogatoire de la patiente a retrouvé une prise régulière des HBPM depuis le début de la grossesse avec une dernière injection remontant à plus de 6 heures. L'examen général était sans particularités, l'examen obstétrical a montré un col dilaté à 5cm avec des membranes intactes. Le premier jumeau a été en présentation de siège. L'échographie obstétricale a objectivé une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique de 34SA, normalement évolutive. L'accouchement s'est déroulé sans incidents par césarienne, les suites opératoires précoces étaient simple, la patiente a été mise sortante à J3 post opératoire sous HBPM avec un rendez-vous prévu à la consultation externe.

Notre patiente a reconsulté aux urgences, le 5ème jour post opératoire pour vomissement et douleur abdominale. L'examen a montré un état général altéré, une hyperthermie à 38,5°C. La TA a été à 90/60 mmHg, le pouls à 120 BPM. L'abdomen a été distendu, sensible, la cicatrice de césarienne ainsi que les lochies ont été propres, l'utérus était en involution légèrement douloureux à la mobilisation. Une échographie abdominale a été réalisée en urgence, elle a retrouvé un utérus vide, pas de masse latéro utérine mais un épanchement de moyenne abondance. Le bilan biologique a montré une hémoglobine à 10g/dl, des leucocytes à 8000/ml, des plaquettes à 50000/mm3. Le TP a été de 50%, le TCK a été allongé par rapport au témoin. De plus une cytololyse hépatique avec des enzymes à 4fois la normale et une insuffisance rénale aigue avec une créatinine à 130umol/l ont été notées.

Devant ce tableau, une péritonite post opératoire a été le premier diagnostic évoqué, la patiente a eu des prélèvements bactériologiques (ECBU, prélèvement vaginal, hémocultures), elle a été mise sous triple antibiothérapie (céphalosporines 3ème génération, aminosides, metronidazole), une laparotomie exploratrice a été réalisée, la cavité péritonéale a été le siège d'un épanchement liquidien clair, non purulent qui a été prélevé et adressé pour examen bactériologique, aucune lésion digestive ni urinaire n'a été retrouvée mais un aspect ecchymotique diffus aux niveau du grêle et du péritoine pariétal s'est constitué en per opératoire. Une toilette abondante avec drainage ont été réalisés.

La patiente a été gradée en réanimation, elle a développé une insuffisance cardiaque nécessitant l'adjonction de drogues cardiotoniques. Devant l'absence d'amélioration clinique et biologique après 48heures, la négativité des prélèvements bactériologiques et surtout l'antécédent connu du syndrome des antiphospholipides, le diagnostic de péritonite a été révisé, le syndrome des antiphospholipides catastrophique a été évoqué, la patiente a été mise sous anticoagulants à dose curative et corticoïdes, l'antibiothérapie a été maintenue.

L'évolution a été marquée par une amélioration des paramètres cliniques et biologiques ayant permis une dégression des drogues cardiotoniques. La patiente a été extubée au 7ème jour post laparotomie, actuellement elle va bien.

Conclusion

Le diagnostic du SAPC est encore controversé en raison de sa description relativement récente, du faible nombre de cas signalés, et du manque d'expérience clinique. Dans environ 6% des cas le SAPC survient au cours de la grossesse ou en post partum, il est associé à

une mortalité maternofoetale importante. Un facteur favorisant (infection, chirurgie, arrêt d'une anticoagulation...) est parfois retrouvé. La reconnaissance précoce et le traitement approprié du SAPC sont les pierres angulaires pour améliorer le pronostic. La trithérapie basée sur une anticoagulation, une corticothérapie et des immunoglobulines intraveineuses semble avoir le maximum d'efficacité. L'éducation des patientes concernant les facteurs déclenchants est fondamentale pour assurer une prévention.

Références

1. Asherson RA. The catastrophic antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol* 1992;19:508-12.
2. Bucciarelli S, Cervera R, Espinosa G, Gomez-Puerta JA, Ramos-Casals M, Font J. Mortality in the catastrophic antiphospholipid syndrome: causes of death and prognostic factors. *Autoimmun Rev* 2006;6:72-5.

Hématome sous-périosté orbitaire post-traumatique révélé par des troubles oculomoteurs

Belghith Ahmed¹, Touil Hajer¹, Njah Hanen², Bouzaiene Montacer¹

1 : Service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique, Hôpital de Mahdia

2: Service de radiologie, Hôpital Habib Bourguiba - Sfax

L'hématome sous-périosté orbitaire est rare et se produit le plus souvent après un traumatisme orbitaire ou facial direct ou après un geste chirurgical (1). Il intéresse généralement le toit de l'orbite, où les attaches entre l'os frontal et la péricorbite sont de plus en plus solides avec l'âge, ce qui explique que la majorité des cas rapportés intéresse les sujets jeunes (1). Le tableau clinique est, dans la plupart des cas, tardif et peu évocateur et c'est généralement l'imagerie qui permet de poser le diagnostic (1-3). Le pronostic est excellent après le traitement chirurgical (1, 4). Nous rapportons le cas d'un hématome orbitaire sous-périosté révélé par des troubles oculomoteurs, suite à un traumatisme à point d'impact orbitaire.

Observation

Un garçon âgé de 11 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présenté aux urgences pour une diplopie et des douleurs oculaires droites, cinq jours après un traumatisme facial, à point d'impact orbitaire droit.

L'examen clinique a noté une diplopie verticale avec une limitation de l'élévation du globe oculaire droit et une dislocation oculaire vers le bas (Figure 1 et 2). Par ailleurs, le patient ne présentait pas d'exophtalmie ni d'hémorragie sous conjonctivale. L'acuité visuelle, les réflexes photomoteurs direct et consensuel étaient conservés. La palpation du cadre orbitaire n'a pas détecté de décrochage osseux et a juste réveillé une douleur au niveau du rebord supérieur. L'examen du fond d'œil n'a pas détecté d'anomalies papillaires. Devant ce tableau clinique, nous avons évoqué une fracture isolée du plancher de l'orbite de type « blow-out ».

La tomodensitométrie orbitaire a montré une fracture non déplacée du toit orbitaire avec, à son contact, une formation bien circonscrite, de densité liquidienne épaisse et refulant le globe oculaire vers le bas