

Conclusion

L'apophysite ischiatique, comme les autres maladies micro-traumatiques, peut présenter un aspect radiologique trompeur pouvant mimer une affection agressive. La confrontation des données anamnésiques, cliniques, biologiques et radiologiques permet le plus souvent de redresser le diagnostic.

Références

- 1- PA.Hodnett, MJ.Shelly, PJ.MacMahon, EC.Kavanagh, SJ.Eustace. MR Imaging of Overuse Injuries of the Hip. Magn Reson Imaging Clin N Am 2009;17: 667-79.
- 2- Yamamoto T, Akisue T, Nakatani T, et al. Apophysitis of the ischial tuberosity mimicking a neoplasm on magnetic resonance imaging. Skeletal Radiol 2004; 33:737-40.

Habiba Mizouni (1), Dalila Mrabet (2), Montasser Fourati (1), Chekib Khemiri (3), Mohamed Hedhli (1), Meriem Jrad (1), Mohamed Sallami (2), Hamza Essadem (3), Emna Menif (1)

1: Service d'Imagerie Médicale. 2: service de Rhumatologie. 3: service d'orthopédie. Hôpital la Rabta.

Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar.

Pyélonéphrite xanthogranulomateuse gauche révélée par un abcès du psoas fistulisé au niveau de la fesse

La pyélonéphrite xanthogranulomateuse (PXG), décrite pour la première fois en 1916 par Schlagenhauser [1], est une pyélonéphrite chronique rare (0,5 à 1,4% des pyélonéphrites chroniques) et grave qui affecte principalement les femmes de 50 à 70 ans [2]. Elle peut être focale, simulant une néoplasie, ou généralisée à tout le parenchyme rénal qui devient non fonctionnel. Elle se développe sur un fond d'uropathie obstructive, généralement lithiasique, compliquée d'une infection urinaire chronique [3]. Cette infection est à l'origine d'une réaction lympho-plasmocytaire puis granulomateuse et d'une destruction tissulaire avec libération de lipides qui s'accumulent dans les macrophages devenant ainsi des cellules

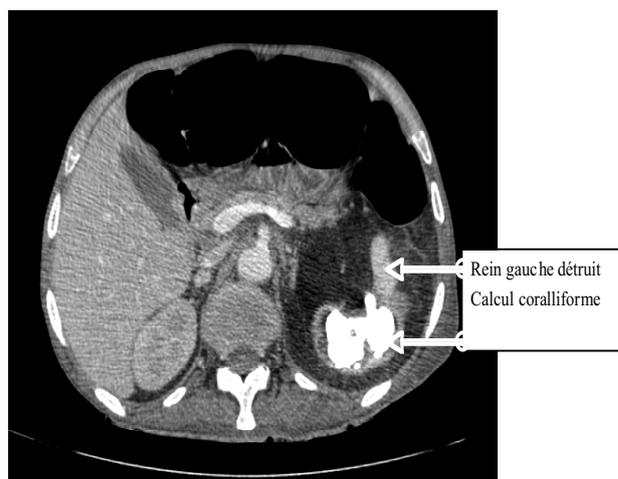
xanthomateuses. Dans certains cas, il y a une extension de l'infection vers les organes de voisinages (colon, diaphragme, bronches ...). La forme compliquée d'un abcès de psoas est très rare [3, 4].

Nous rapportons un cas de PXG compliquée d'un abcès de psoas fistulisé au niveau de la fesse. En effet il s'agit du quatrième cas décrit dans la littérature et la première révélée par un abcès de psoas.

Observation

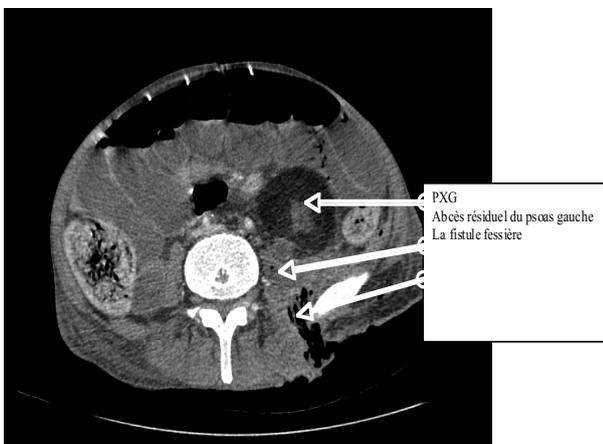
Mr A.M, âgé de 64 ans, tabagique à 22 paquets/année, bronchitique chronique et grabataire a été opéré dans un autre centre le 8 Juillet 2010 d'une hernie inguinale droite. Il a eu une cure prothétique par voie inguinale. Les suites immédiates ont été simples. Il a été mis sortant au 1^{er} jour postopératoire. Deux jours plus tard, il a signalé l'apparition d'une tuméfaction fessière gauche douloureuse sans boiterie. Il a été admis au service le 19 Juillet 2010. A l'examen, il était apyrétique à 37°C, la cicatrice inguinale droite était propre et il y avait une tuméfaction chaude rouge et douloureuse du quadrant supéro-externe de la fesse gauche. Il y avait une hyperleucocytose à 24400 éléments/mm³. Il a été opéré le 20 Juillet 2010. Après mise à plat de l'abcès, on se rend compte qu'il s'agissait en fait d'un abcès du psoas gauche qui était en cours de fistulisation au niveau du quadrant supéro-externe de la fesse. On se contente alors d'évacuer l'abcès et de mettre en place un drainage passif par une lame de Delbet. En fin d'intervention, une tentative de mise en place d'une sonde trans-urétrale a échoué à cause de ce qu'on pensait être une sténose urétrale. Un cathéter sus pubien a été alors réalisé ramenant des urines infectées. L'examen a aussi permis de découvrir un nodule épидидymaire. Ces constatations ont fait évoquer une tuberculose uro-génitale compliquée d'un abcès du psoas. Localement l'évolution a été favorable moyennant des révisions itératives. Un bilan tuberculeux (intradermoréaction à la tuberculine et un examen cyto-bactériologique des urines) a été réalisé. Il a été négatif. Une tomodensitométrie abdominale a été réalisée le 27 Juillet 2010. Elle a montré un rein gauche détruit en amont d'un calcul coralliforme (figure 1).

Figure 1 : Rein gauche détruit sur un calcul coralliforme.



Il était entouré d'une importante sclérolipomatose. L'uretère gauche était dilaté en amont d'un calcul pré-méatique. Il existait une collection résiduelle de psoas gauche de 9 cm fistulisée au niveau de la mise à plat de la fesse gauche (figure 2) et un calcul enclavé au niveau de la partie terminale de l'urètre. Ce dernier a été secondairement, spontanément éliminé dans les urines. Le malade a été réopéré le 31 Juillet 2010 par lombotomie gauche. Il s'agissait d'une PXG compliquée d'un abcès du psoas. Il a eu une néphrectomie et une mise à plat de l'abcès. Les suites ont été simples. L'examen anatomopathologique a montré des lésions de pyélonéphrite chronique sévère avec des polynucléaires neutrophiles et des macrophages spumeux associés à des cellules géantes. Ces remaniements s'étendaient au tissu adipeux péri-rénal.

Figure 2 : PXG avec un abcès résiduel du psoas gauche fistulisé au niveau de la fesse homolatérale



Conclusion

La pyélonéphrite xanthogranulomateuse compliquée d'un abcès psoas est très rare. Il faut souligner l'intérêt de la prévention de cette affection par la détection et le traitement adéquat des infections urinaires et des lithiases rénales non compliquées.

Références

1. Dahami Z, Dakir M, Aboutaieb R, et al. Pyélonéphrite xanthogranulomateuse diffuse : aspects cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques. À propos de neuf cas et revue de la littérature. *Ann Urol.* 2001; 35:309-14.
2. Malek RS, Elder JS. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a critical analysis of 26 cases and of the literature. *J Urol.* 1978; 119: 589-93.
3. Chuang CK, Lai MK, Chang PL, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: experience in 36 cases. *J Urol.* 1992; 147: 333-6.
4. Giani L, Zago M, Nobili P, Corti GL, Rossi B. A case of xanthogranulomatous pyelonephritis. *Diagnosis and therapeutic problems.* *G Chir.* 1995;16: 312-4.

Riadh Bel Haj Salah*, Wissem Triki*, Amine Derouiche**, Mounir Ben Moussa*, Mohamed Chebil**, Abdeljelil Zauouche*

* : Service de chirurgie « A ». Hôpital Charles Nicolle. Unité de recherche en chirurgie.

** : Service d'urologie. Hôpital Charles Nicolle.

Faculté de médecine de Tunis. Tunisie.

Université Tunis El Manar

Lipoatrophie faciale unilatérale acquise : Présentation évocatrice de panniculite lupique

Le lupus érythémateux profond (LEP) ou panniculite lupique est une infiltration lymphocytaire lobulaire et septale des adipocytes de l'hypoderme, d'évolution fibrosante et cicatricielle. Il est rare au sein de la maladie lupique (2-3% des cas) (1). Cette affection atteint essentiellement la femme adulte. Elle siège classiquement au niveau de la racine des membres, au visage et au tronc. Elle pose souvent des problèmes diagnostiques à l'origine d'un retard de prise en charge avec évolution séquelle affichante.

Nous rapportons quatre cas de LEP du visage.

Observation 1

Patiente âgée de 22 ans, aux antécédents d'anémie ferriprive dans l'enfance, consultait en dermatologie pour des nodules et plaques infiltrés de la joue gauche évoluant depuis 1 an. A l'interrogatoire, on retrouvait la notion de photosensibilité et d'arthralgies des grosses articulations. L'examen cutané notait la présence au niveau de la joue gauche de multiples nodules et plaques sous cutanés infiltrés avec peau érythémateuse non atrophique en regard (figure 1a).

Figure 1a : Multiples nodules et plaques sous cutanés infiltrés avec peau érythémateuse non atrophique de la joue gauche



Le reste de l'examen somatique était normal. L'histologie cutanée notait la présence d'un infiltrat lympho-histiocytaire du derme profond et de l'hypoderme, à disposition lobulaire et septale, avec des foyers de cyto-stéatonecrose. Les immunofluorescences directe et indirecte étaient positives. Le bilan biologique notait un syndrome inflammatoire modéré avec une vitesse de sédimentation à 30 mm à la 1^{ère} heure, une anémie hémolytique (test de Coombs direct positif), une leucopénie à 3000 éléments/mm³ avec neutropénie à 1500