

Nadia Ben Mustapha, Wafa Haddad*, Monia Fekih*, Houda Boussorra*, Sami Karoui*, Meriem Serghini*, Jalel Boubaker*, Azza Filali*, Heifa Azzouz**, Slim Haouel***

**Service de Gastro-entérologie A*

***Service d'anatomopathologie, Hôpital la Rabta. Tunis. Tunisie*

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Rupture calicielle spontanée sur adénocarcinome prostatique

La rupture calicielle spontanée est un événement pathologique rare. Elle survient habituellement à la suite d'un obstacle urétral le plus souvent lithiasique [1]. D'autres causes ont été décrites : les valves de l'urètre postérieur, l'hypertrophie de la prostate, la grossesse et les cancers [2]; ces derniers, bien que rares, ont été rapportés comme cause obstructive pouvant être à l'origine de rupture calicielle [3]. Nous rapportons un cas exceptionnel de rupture calicielle sur adénocarcinome prostatique avec formation d'urinome.

Observation

Un homme de 90 ans a consulté en urgence pour rétention urinaire aiguë avec des nausées et vomissements. L'interrogatoire retrouvait des antécédents de troubles urinaires du bas appareil négligés par le patient, s'accroissant progressivement depuis 4 mois. A l'examen, le patient était pâle avec une température à 37,2°C et une tension artérielle à 140/75 mm Hg. L'examen physique retrouvait une défense au niveau de l'hypochondre gauche associée à une sensibilité lombaire gauche. Le toucher rectal retrouvait une prostate de 50gr ferme. La créatinine était à 96 $\mu\text{mol/l}$ et les urines stériles à l'ECBU. L'échographie montrait une urétérohydronéphrose bilatérale accentuée surtout à gauche avec une volumineuse collection dans l'espace rétro-péritonéal gauche. L'examen tomodensitométrique réalisé avant et après injection de produit de contraste, en acquisition hélicoïdale confirmait la dilatation urétéropyélocalicielle bilatérale surtout à gauche (figure 1) avec distension urinaire (figure 2), et montrait l'extravasation calicielle de produit de contraste iodé dans la région rétro-péritonéale. Il montrait également une infiltration de la graisse rétro-péritonéale gauche avec présence d'une collection liquidienne gauche sur le trajet de l'uretère et en amont du muscle psoas de 8x4,5x2 cm en rapport avec un urinome collecté (figure 3). Devant la dilatation bilatérale sans obstacle décelable à l'imagerie, avec fuite de produit de contraste, le diagnostic retenu était une rupture calicielle sur obstacle sous cervical. Un drainage urinaire par un cathéter vésical a été pratiqué, pour lever l'obstacle en association avec une antibioprophylaxie. L'évolution était marquée par une amélioration nette de l'état clinique du patient et disparition complète de la douleur. Un scanner de contrôle fait au sixième jour montrait l'absence d'extravasation de produit de contraste

avec une diminution de la dilatation et résorption de l'urinome. Une résection transurétrale a été faite deux semaines après avec des suites opératoires simples. L'examen histologique retrouvait un adénocarcinome prostatique ayant un score de Gleason à 9 intéressant 100% des copeaux. Le patient a été ré-hospitalisé pour castration chirurgicale par pulpectomie en association à un anti-androgène non stéroïdien avec suites opératoires simples et retour à domicile précoce.

Figure 1 : Tomodensitométrie avant injection montre une hydronéphrose bilatérale surtout à gauche

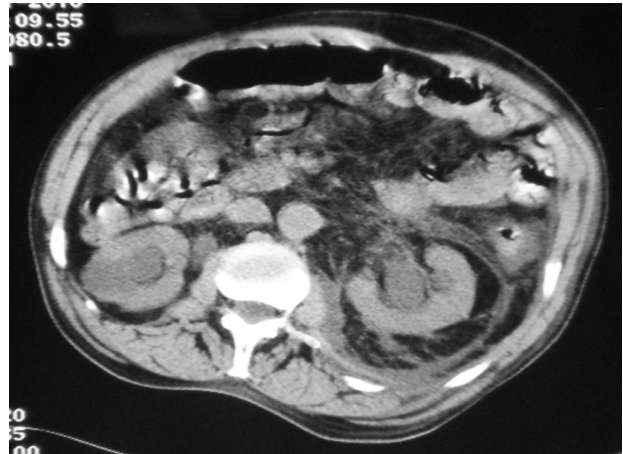


Figure 2 : Tomodensitométrie montre la distension urinaire chronique. Notez la dilatation urétérale ()

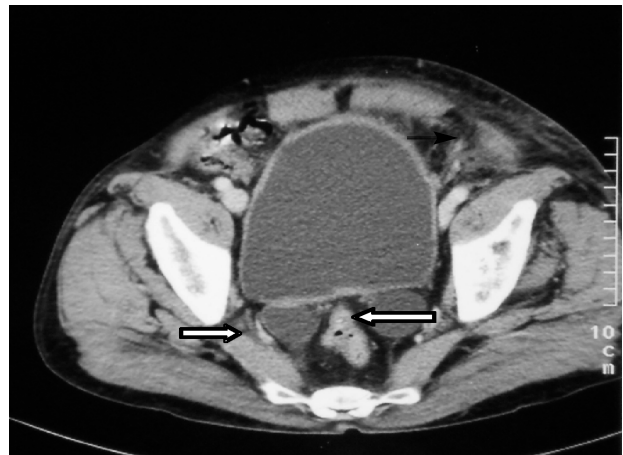


Figure 3 : Tomodensitométrie avant injection révèle une collection liquidienne (urinome) dans le flanc gauche. (↘)



CONCLUSION

La rupture calicielle spontanée peut être révélée par un tableau d'abdomen aigu chirurgical, en particulier chez les patients présentant une pathologie urinaire chronique. La confirmation diagnostique repose sur la TDM qui montre l'extravasation avec formation d'urinome ou sur l'UIV qui confirme la rupture calicielle avec fuite de produit de contraste en péri-rénal. Le principe du traitement consiste à lever l'obstacle en déchargeant le haut appareil urinaire et instituer une antibio-prophylaxie. Les symptômes régresseront avec le traitement conservateur mais, le traitement radical reste le traitement causal.

Références

1. Koktener A, Unal D, Dilmen G, Koc A. Spontaneous rupture of the renal pelvis caused by calculus: a case report. J Emerg Med. 2007; 33:127-29.
2. Patil Kk, Wilcox Dt, Samuel M, Duffy Pg, Ransley PG. Management of urinary extravasation in 18 boys with posterior urethral valves. J Urol. 2003; 169:1508-11.
3. Singh I, Joshi M, Mehrotra G. Spontaneous renal forniceal rupture due to advanced cervical carcinoma with obstructive uropathy. Arch Gynecol Obstet. 2009; 279:915-18.

*Mohamed Yassine Binous, Ahmed Chaabouni, Walid Zakhama,
Haythem Chraïti, Moez Boudokhane, Mhamed Sfaxi, Mohamed Fodha*
Service de Chirurgie Générale. Hôpital Tahar Sfar. Mahdia. Tunisie
Université de Monastir

Thyrolipomes

Le thyrolipome ou adénolipome est une entité anatomo-clinique rare rapportée de façon ponctuelle dans la littérature (1-3). Cette lésion se définit par la présence anormale d'une masse adipeuse souvent encapsulée dans la glande thyroïde, focalement dissociée par des vésicules thyroïdiennes résiduelles. Cette tumeur bénigne et biologiquement inactive pose des difficultés

tant au niveau de la nomenclature qu'au niveau du diagnostic différentiel. Nous en rapportons deux observations colligées dans notre laboratoire sur une période de 10 ans.

OBSERVATIONS

Nos patients étaient une femme et un homme sans antécédent pathologique connu âgés respectivement de 53 et de 48 ans. Ils consultaient pour des nodules thyroïdiens dont la taille augmentait progressivement avec pour l'un d'entre eux des signes compressifs. Ces nodules mesuraient 2, et 4 cm de grand et présentaient macroscopiquement, un aspect comparable bien limités, à surface lisse et jaunâtre à la coupe. Le parenchyme thyroïdien adjacent était normal, il n'y avait pas en particulier d'adénome thyroïdien associé. Histologiquement, il s'agissait de nappes d'adipocytes matures sans signes de malignité dissociant les vésicules thyroïdiennes de taille variable (Figures 1 et 2). L'évolution était favorable pour les 2 patients après résection chirurgicale sans récurrence avec un recul de 2 et de 5 ans.

Figure 1: HEx100 : Nodule thyroïdien circonscrit par une capsule fibreuse fait de follicules thyroïdiens dissociés par des nappes d'adipocytes.

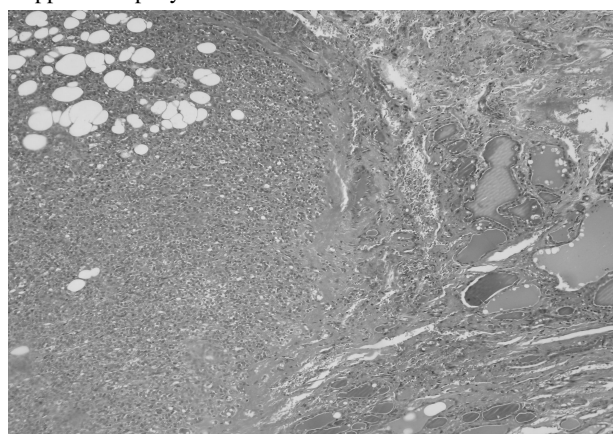


Figure 2: HEx400: follicules de taille variable, remplis de colloïde et associés à des adipocytes matures

