

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.

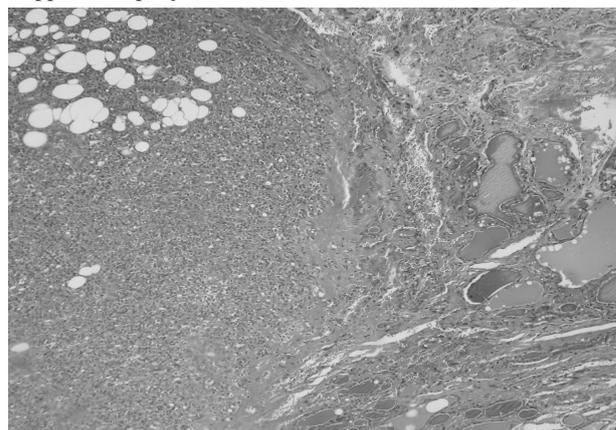
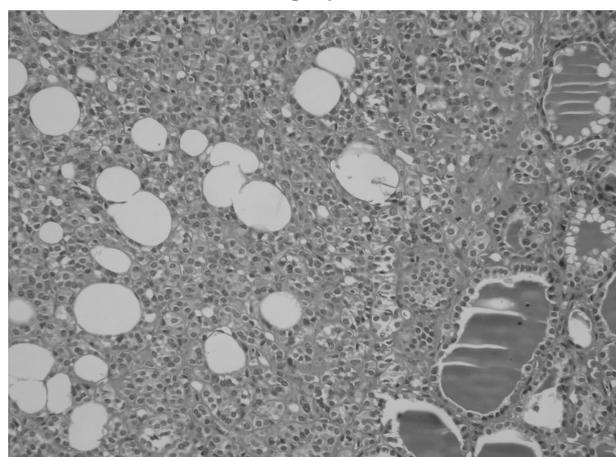


Figure 2: HEx400: follicules de taille variable, remplis de colloïde et associés à des adipocytes matures



Conclusion

Il est important de savoir reconnaître un thyroïdome car il s'agit d'une lésion bénigne, facilement identifiable par son aspect bien limité et encapsulé. Il est essentiel de le distinguer d'une infiltration de la graisse cervicale par une prolifération folliculaire thyroïdienne maligne.

Références

- 1- Rousseau A, Cote Jf, De Mones E, Bruneval P, Badoual C. Un nodule thyroïdien adipeux. *Ann Pathol* ; 2005 ; 25 : 253-4
- 2- Haouet S, Boubaker S, Kchir N, Chatti S, Houmane H, Zitouna M. Le thyroïdome, A propos d'un cas avec revue de la littérature. *Arch Anat Cytol Path* 1990; 38: 230-2.
- 3- Rollins Sd, Flinner RL. Thyroïdome: diagnostic pitfalls in the cytologic diagnosis and review of the literature. *Diagn Cytopathol* 1991; 7: 150-4

Ramy Ben Salah*, **Ameni Landoulsi****, **Haifa Fodha****, **Amina Mekni*****, **Moncef Zitouna*****, **Ali Adouani****

* : Service de Chirurgie Générale. Hôpital Habib Bouguetfa. Bizerte

** : Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Esthétique. Hôpital Charles Nicolle

*** : Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologique. Hôpital La Rabta

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Les troubles mentaux au cours de l'insuffisance surrénalienne

L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS) est particulièrement impliqué dans les réponses de l'organisme face à une situation stressante, définie comme une menace de l'homéostasie vis-à-vis de laquelle l'organisme se défend par la mise en jeu de réponses adaptatives comportementales et physiologiques. Le concept d'endocrinologie psychiatrique a été introduit depuis plus d'un siècle. Maintenant, on admet que les modifications psychopathologiques observées au cours des maladies de Graves, d'Addison et de Cushing étaient secondaires aux endocrinopathies. Les perturbations de l'axe corticotrope sont sans aucun doute l'anomalie neuroendocrinienne la plus abondante décrite en psychiatrie, et plus particulièrement au cours des épisodes dépressifs sévères où il a été mis en évidence, par la grande majorité des études, une perturbation de la sécrétion du cortisol.

Le but de cette étude est de rapporter une série d'insuffisances surrénaliennes compliquées de manifestations psychiatriques.

Patients et méthodes

Notre étude porte sur huit cas d'insuffisance surrénalienne (5 cas d'hypocortisolisme primaire ou maladie d'Addison, deux cas de syndrome de Sheehan et un cas d'hypopituitarisme), compliqués de manifestations psychiatriques rapportés rétrospectivement. La pathologie surrénalienne a été confirmée par un bilan hormonal de base. Le diagnostic de la pathologie psychiatrique a été établi par les psychiatres. Le critère d'inclusion était tous les patients ayant un trouble psychiatrique, survenu avant ou après le trouble endocrinien.

Résultats

L'âge moyen de nos patients est de 50 ans, avec des extrêmes de 31 à 58 ans. Le sex-ratio est de 5 femmes pour 3 hommes. L'insuffisance surrénalienne primaire a été confirmée par une cortisolémie de base diminuée, avec une moyenne de 57 nmol/l (VN : 250-650 nmol/l) et par une absence de réponse au test au tétracosactide (Synacthène®), c'est-à-dire une absence de stimulation de la surrénale par de l'ACTH exogène. Le cas d'hypopituitarisme a été confirmé par un déficit en ACTH, en cortisol, en FSH et en LH avec une selle turcique vide au scanner cérébral. Les deux cas de syndrome de Sheehan, consécutifs à une nécrose hypophysaire dans un contexte d'accouchement hémorragique compliqué d'un collapsus, ont été confirmés par une cortisolémie de base diminuée, ACTH diminuée, FSH et LH diminués et un bilan thyroïdien en faveur d'une insuffisance thyroïdienne. Le syndrome dépressif est la manifestation psychiatrique la plus fréquente chez nos patients, suivi par les troubles de comportement (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des patients selon la pathologie psychiatrique.

Pathologie psychiatrique	Nombre	Pourcentage (%)
Syndrome dépressif	3	37,5
Troubles de comportement	2	25
Syndrome hallucinatoire	1	12,5
Mutisme akinétique et négativisme	1	12,5
Etat démentiel débutant	1	12,5

Le diagnostic de l'insuffisance surrénalienne a précédé celui de la pathologie psychiatrique dans la moitié des cas. Cette dernière survient surtout à l'arrêt du traitement substitutif (tableau 2).

Dans l'autre moitié des cas, la pathologie psychiatrique a devancé le tableau clinique et le diagnostic a été posé grâce à un bilan endocrinien effectué suite à une résistance au traitement psychiatrique.

Tous nos patients ont reçu une association d'un traitement psychiatrique à base d'anxiolytiques, de neuroleptiques et/ou d'antidépresseurs et d'un traitement endocrinien substitutif à base d'hydrocortisone et dans deux cas de L thyroxine. L'évolution sous traitement était favorable dans tous les cas, avec stabilisation du problème endocrinien et psychiatrique. Le traitement psychiatrique a été arrêté chez 75% des malades après la mise en route du traitement substitutif.