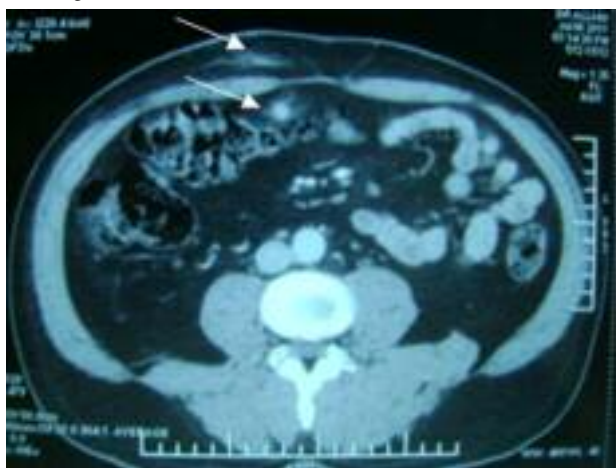
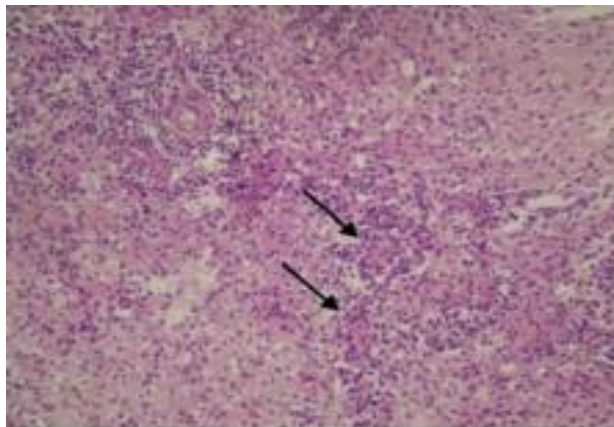


Figure 1: Skin lesion**Figure 2: CT feature:** Intraperitoneal and parietal nodules enhanced in arterial phase.

The pathologist reported the biopsy to represent a chronic non caseating granulomatous lesion consistent with a diagnosis of metastatic Crohn's disease: Histological haematoxylin and eosin sections demonstrated chronic inflammation of the dermis with admixed epithelioid and giant cell granulomas. There was no caseation (*Figure 3*).

Furthermore, there was an absence of fungi, staining for acid and alcohol fast bacilli were negative, and birefringent foreign bodies were not seen. There were no signs of malignancy. These appearances were reported as consistent with cutaneous Crohn's disease.

During this period, the patient received no specific treatment, as the skin lesion has been spontaneously improved. After two months of follow-up, the skin lesion has lost more than 50% of its initial size without any medication.

Figure 3: Skin biopsy (x10 objective, haematoxylin, and eosin stain) showing a chronic inflammatory cell infiltrate with noncaseating epithelioid and giant cell granulomas.

Conclusion

Cutaneous metastatic Crohn's disease is extremely rare and abdominal involvement seems to be exceptional. The diagnosis may be relatively easier in patients with established Crohn's disease compared to those where the skin lesions precede bowel involvement or occur in patients in remission. In our patient, main differential diagnosis was peritoneal carcinomatosis since it was a longstanding disease. Histology remains the gold standard tool to make diagnosis. Therapeutic options are still lacking for codification.

References

- 1- Lester LU, Rapini RP. Dermatologic manifestations of colonic disorders. *Curr Opin Gastroenterol* 2009;25:66-73.
- 2- Emanuel PO, Phelps RG. Metastatic Crohn's disease: a histopathologic study of 12 cases. *J Cutan Pathol* 2008;35:457-61.

Asma Labidi¹, Sami Karoui¹, Nadia Ben Mustapha¹, Meriem Serghini¹, Haifa Azzouz², Wafa Allouche¹, Slim Haouet², Jalel Boubaker¹, Azza Filali¹

1-Tunis El Manar University, Faculty of Medicine of Tunis, Departement of Gastroenterology A, La Rabta hospital, Tunis, Tunisia

2-Tunis El Manar University, Faculty of Medicine of Tunis, Departement of Pathology, La Rabta hospital, Tunis, Tunisia

Blunt trauma causing horseshoe kidney rupture: Interest of conservative management

The horseshoe kidney is a rare condition, with an estimated incidence of 2.5‰ in the general population. Males are twice more frequent affected than females (1, 2) and are more common during the 3rd and 4th decades of life. One-third to one-half of all patients with horseshoe kidney is asymptomatic, and it is found incidentally during the study of other pathologies or following an acute abdominal trauma (1, 3). This congenital

renal anomaly would be a predisposing condition for renal injury in blunt abdominal trauma due to its abnormal form and position (3). The increase of traffic accident during the last 20 years, as well as the industrial and sport accidents and the increasing violence have placed renal traumas into an interesting place. They appear in approximately 10% of all polytraumatised patients (1). Prognostic factors include mainly the early detection of the lesion and the precise staging in order to prescribe a treatment that will be as conservative as possible (1). Early recognition and treatment of a patient with a previously undiagnosed ruptured horseshoe kidney may represent a serious surgical challenge (4).

We present the case of a male patient of 43 years of age, with unsuspected kidney anomalies, diagnosed with rupture of horseshoe kidney after a motor vehicular accident.

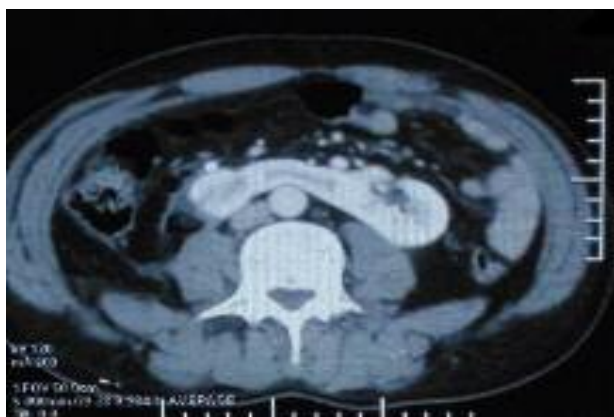
Case report

A 43-year old male patient, with no relevant personal records, presented at our hospital several hours after sustaining an abdominal traffic trauma. Clinical presentation was dominated by right abdominal pain without signs of peritoneal perforation or haematuria. The patient was conscious with normal neurological examination. His pressure was 120/80 and his heart rate of 46 bpm. The analysis reveals hemoglobin values of 11,3 g/dl, hematocrit of 34,3%, 22,680 leukocytes/mm³, platelets of 219000/ mm³, creatinine of 103 μ mmol/L, urea of 4,36 mmol/L and prothrombin time of 69,7%. An abdominal CT with contrast showed a horseshoe kidney with rupture in the lower pole of the right kidney (grade IV lesion according to the American Association for the Surgery of Trauma classification), with a great retroperitoneal hematoma, and extravasation of contrast medium next to the renal fracture. The other structures were safe (Figure 1-2).

The patient was admitted for routine clinical monitoring. He

maintained stable vital signs, normal diuresis and kidney function tests. Abstention from surgery was then decided. Clinical evolution was spontaneously favourable. The patient was discharged after 9 days in good general condition; he was afebrile, with normal diuresis and bowel movements. Twenty days later the patient developed right lumbar pain with lumbar fossa tenderness. A new CTscanner concluded to an enormous urinoma; he underwent then a percutaneous drainage associated to retrograde catheterization of the urinary tract with a placement of straight ureteral catheter. The bladder catheter was kept to facilitate drainage of the urinoma. The percutaneous catheter was subsequently removed after a control CT scanner which showed complete resolution of the urinoma and no bleeding (Figure 3).

Figure 3: Abdominal CT aspect after urinoma drainage.



No late complications appeared. Renal function and blood pressure have been completely normal after a 12 months of follow-up.

Figure 1-2: Contrast-enhanced helical CT scan demonstrates a large laceration of the right renal lower pole of a horseshoe kidney (arrow) associated with preservation of parenchymal renal isthmus, contrast extravasation and retroperitoneal hematoma (asterisk).



Conclusion

The rupture of a horseshoe kidney is an uncommon lesion. The abdomino-pelvic CT is the test of choice for the classification of the grade of the lesion and to detect an eventual renal malformation. According to the hemodynamic stability of the patient and the CT findings, a conservative or an immediate surgical treatment will be chosen. This clinical case demonstrates that conservative treatment is an efficient gold standard treatment for renal trauma, even in kidneys with congenital anomalies even if it was performed lately.

References

1. Heredero Zorzo O, Palacios Hernandez A, Eguiluz Lumbreras P, et al. Horseshoe kidney rupture. Arch Esp Urol. 2009;62:131-3.
2. Glodny B, Petersen J, Hofmann KJ, et al. Kidney fusion anomalies revisited: clinical and radiological analysis of 209 cases of crossed fused ectopia and horseshoe kidney. BJU Int 2008;103:224-35.
3. Pascual Samaniego M, Bravo Fernández I, Ruiz Serrano M, Ramos Martín JA, Lázaro Méndez J, García González A. Traumatic rupture of a horseshoe kidney. Actas Urol Esp. 2006;30:424-8.
4. Daudia A, Hassan TB, Ramsay D. Trauma to a horseshoe kidney. J Accid Emerg Med. 1999;16:455-6.

Sallami Sataa¹, Mizouni Habiba², Hmidi Mohamed³, Chtourou Meher³

1. Tunis El Manar University, Faculty of Medicine of Tunis, Departement of urology, La Rabta hospital, 1007, Tunis, Tunisia;
2. Tunis El Manar University, Faculty of Medicine of Tunis, Departement of radiology, La Rabta hospital, 1007, Tunis, Tunisia;
3. Tunis El Manar University, Faculty of Medicine of Tunis, Departement of urology, Habib Thameur hospital, 1008, Tunis, Tunisia

Gangrène rétro-péritoneale d'origine appendiculaire

La gangrène rétro-péritonéale d'origine appendiculaire est une complication rare mais redoutable de l'appendicite aigue et résulte dans tous les cas de la perforation d'une appendicite rétrocoecale dans l'espace rétro-péritonéal. Cette complication est un témoin fidèle du retard diagnostique et thérapeutique chez ces patients (1-3). Il peut s'agir soit de gangrène rétro-péritonéale (4), soit d'abcès rétro-péritonéal étendu, à la cuisse, au muscle psoas, à l'espace para-rénal droit et même à la paroi abdominale latérale droite (5, 6). Dans ces cas, l'extension de l'infection peut se faire soit vers la graisse péri-rénale droite avec formation de lésion de gangrène par contiguïté, soit vers le bas, le long du ligament inguinal, du canal fémoral et du foramen obturateur pour la formation d'un abcès ou d'un emphysème sous-cutané de la cuisse et du membre inférieur droit (7).

Dans le but de dégager l'intérêt de la tomodynamométrie abdominale dans le diagnostic de la gangrène rétro-péritonéale d'origine appendiculaire, nous rapportons une nouvelle série de cinq patients atteints de cette complication redoutable.

Patients et méthodes

Durant la période allant du 1^{er} Janvier 2000 jusqu'au 31 Septembre 2011, 3150 patients ont été opérés dans notre institution pour une appendicite aigue. Parmi eux, cinq ont été opérés en urgence pour une gangrène rétro-péritonéale avec découverte per-opératoire d'une nécrose infectée extensive au niveau du rétro-péritoine droit en rapport avec une perforation dans cet espace d'une appendicite aigue. Les données épidémiologiques, cliniques et de l'imagerie (TDM abdominale) ont été étudiées.

Résultats

Nous avons ainsi colligé au cours de la période d'étude, cinq cas de gangrène rétro-péritonéale compliquant une appendicite aigue. L'âge médian de nos patients était de 35 ans (29-85 ans). Il s'agissait de 4 femmes et un homme avec un sexe ratio de 0,3. La durée médiane de la symptomatologie avant le diagnostic était de 14 jours (8-15 jours). Sur le plan clinique, la symptomatologie était faite d'une douleur lombaire droite dans quatre cas, alors que dans un seul cas la douleur était localisée au niveau de la fosse iliaque droite. La fièvre était présente et elle dépassait 39° chez les cinq patients. L'examen de l'abdomen avait noté dans un seul cas, une défense de la fosse iliaque droite, alors que dans les autres cas, l'examen de l'abdomen avait révélé une douleur à l'ébranlement lombaire droit. Le tableau 1 résume les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients. A la biologie, on avait noté un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose qui dépassait 20000 éléments/mm³ dans tous les cas. L'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) a été réalisé chez les patients qui avaient une symptomatologie urinaire (n = 4) et était négatif dans tous les cas. Tous nos patients étaient sous traitement antibiotique de façon intempestive au moment où ils nous ont été adressés. Tous les patients avaient eu une échographie abdominale qui était normale chez les patients qui avaient une colique néphrétique fébrile, en particulier, elle avait noté l'absence de dilatation des cavités urétéro-pyélo-calicielles droites et d'épanchement liquidien intra-péritonéal. Dans un cas, l'échographie avait objectivé un abcès appendiculaire rétrocoecal qui faisait 8 cm de grand axe. La TDM abdominale était réalisée dans tous les cas, elle avait un but purement diagnostique chez les patients qui avaient une symptomatologie urinaire, et thérapeutique chez la patiente de 85 ans, diabétique qui avait un abcès appendiculaire en vue d'un drainage percutané premier pour passer le cap aigue. Cet examen avait objectivé dans tous les cas, un pneumo-rétro-péritoine droit, avec une infiltration diffuse du rétro-péritoine droit (Figure 1), fusant jusqu'en péri-rénale droit (Figure 2). Dans un seul cas, une communication directe entre la lumière appendiculaire et le rétro-péritoine a été objectivée (Figure 3). Cet examen s'est terminé par la mise en place d'un drain (16 French) par voie percutanée dans l'espace rétro-péritonéal droit. Pour les quatre autres patients, un geste chirurgical en urgence était décidé. Le geste avait consisté en une laparotomie médiane qui avait confirmé la présence d'une nécrose infectée diffuse du rétro-péritoine (Figure 4). Il a été réalisé une mobilisation large