

## Un piège diagnostique aux urgences urologiques.

Nous discutons dans le présent article l'observation clinique d'un jeune patient adressé aux urgences urologiques pour prise en charge d'un phlegmon péri-néphrétique bilatéral. Le tableau clinique trompeur aurait pu amener à un drainage chirurgical ; un geste qui aurait été mortel.

### But

Le but de cet article est de montrer un diagnostic différentiel rare du phlegmon péri-néphrétique.

### Observation

Mr. R.Y., âgé de 17 ans, célibataire, non scolarisé, sans profession, provenant d'un milieu social défavorisé, sans antécédent pathologique, fut adressé aux urgences urologiques pour prise en charge d'un phlegmon péri-rénal bilatéral. Il n'y avait pas de notion de traumatisme abdominal. Au moment de l'examen clinique, il présentait une fièvre à 39°C, avec des frissons, une tachycardie à 120 battements par minute, une tachypnée à 37 cycles par minute, et des conjonctives décolorées. La palpation abdominale déclenche des douleurs intenses au niveau des flancs. On notait également un vitiligo généralisé. Le patient était reçu avec une lettre indiquant la nécessité d'une prise en charge urologique pour phlegmon péri-néphrétique bilatéral objectivé sur un scanner fait le même jour (Figures 1 et 2).

**Figure 1 :** Tomodensitométrie abdominale sans injection de produit de contraste montrant des collections péri-rénales bilatérales.



**Figure 2 :** Tomodensitométrie abdominale après injection de produit de contraste, montrant deux collections péri-rénales bilatérales, hypodenses, avec un aspect cloisonné à gauche.



Le patient était admis pour sepsis sur phlegmon péri-rénal bilatéral pour lequel l'indication de drainage chirurgical était posée. Mais au bilan sanguin réalisé en pré-opératoire, on avait découvert une thrombopénie sévère à 1.000 éléments/mm<sup>3</sup>, une anémie à 5,4g/dl et une hyperleucocytose à 27.700 éléments/mm<sup>3</sup>. La fonction rénale était normale.

Le diagnostic d'hémo-rétropéritoine sur bicytopénie était retenu. Le patient avait bénéficié d'une prise en charge hématologique dans un service de médecine interne. Sa bicytopénie s'était avérée d'origine auto-immune. Il avait reçu des culots globulaires et plaquettaires, la corticothérapie et l'antibiothérapie. Un mois après, le scanner de contrôle avait montré la régression de l'hémo-rétropéritoine, avec une amélioration de son taux de plaquettes à 78.000 éléments/mm<sup>3</sup>.

### Discussion

Le phlegmon péri-néphrétique est une forme compliquée de pyélonéphrite aiguë, qui nécessite un drainage soit par chirurgie ouverte ou échoguidé en plus de l'antibiothérapie par voire intraveineuse prolongée [1]. Le diagnostic est posé dans le contexte d'urgences sur un faisceau d'arguments :

- cliniques : antécédents urologiques (lithiase rénale, malformation de l'arbre urinaire), syndrome infectieux (fièvre à 39 – 40°C, frissons, signes de sepsis voire choc septique), douleurs lombaires, signes urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles),
- biologiques : examen cyto bactériologique des urines ECBU, hémocultures,
- radiologiques : le scanner permet de confirmer le diagnostic de phlegmon péri-néphrétique [2].

Dans le cas de notre patient, le syndrome infectieux était marqué, avec présence d'un empâtement lombaire bilatéral. D'autre part, le scanner était en faveur de phlegmon péri-néphrétique bilatéral, surtout du côté gauche où l'aspect cloisonné et étendu vers la paroi dorso-lombaire était plus évident. Cependant, il n'y avait pas de signe urinaire. Et d'autre part, le scanner ne montrait pas d'image en faveur d'un foyer de

néphrite ou d'abcès au sein des deux parenchymes rénaux. Il n'y avait pas d'image d'obstacle sur les voies excrétrices. Les résultats de l'ECBU n'étaient pas disponibles dans le cadre des urgences.

Une forte présomption était en faveur du diagnostic de phlegmon péri-néphrétique. La décision de drainage par voie chirurgicale était prise. Si cette intervention avait été réalisée, elle aurait pu amener au décès du malade par hémorragie incontrôlable du fait de sa thrombopénie sévère.

L'hémo-rétropéritoine décrit dans la littérature est souvent secondaire à un traumatisme, une rupture anévrysmale, ou à un geste de drainage percutané [3, 4]. La localisation rétro-péritonéale exclusive de l'hémorragie en rapport avec un désordre hématologique n'est pas décrite auparavant dans la littérature.

### **Références**

- [1] F. Bruyère, G. Cariou, J.-P. Boiteux, A. Hoznek, J.-P. Mignard, L. Escaravage, L. Bernard, A. Sotto, C.-J. Soussy, P. Coloby et le CIAFU. Acute pyelonephritis. Progrès en Urologie (2008) 18 Suppl. 1, S14-S18
- [2] Descotes JL, Hubert J, Jeune CG. L'urologie par ses images : Apport de l'imagerie dans les tableaux infectieux de l'appareil urinaire. Prog Urol 2003 ; 13 : 1025-45.
- [3] Guerrache Y, Boudiaf M, Méria P, de Kerviler E, Soyer P. Life-threatening hemoretroperitoneum after percutaneous radiofrequency ablation of a renal tumor: treatment by emergency transcatheter arterial embolization. J Radiol. 2010 Sep;91(9 Pt 1):905-6.
- [4] Miele V, Andreoli C, De Cicco ML, Adami L, David V. Hemoretroperitoneum associated with liver bare area injuries: CT evaluation. Eur Radiol. 2002 Apr;12(4):765-9. Epub 2001 Nov 24.

*Hassan Bennani, Imad Ziouziou, Yassine Rhannam, Houda Bachir, Tarik Karmouni, Khalid El Khader, Abdellatif Koutani, Ahmed Iben Attya Andaloussi*