

La pyélonéphrite emphysémateuse chez le diabétique: étude de 18 cas

E.Elleuch 1, M.Mâalej1, MA.Mseddi2, D.Lahiani 1, M.N.Mhiri 2, B.Hammami 1, M.Ben jema 1

1- Service des maladies infectieuses. CHU Hedi chaker, Sfax, Tunisie

2- Service d'urologie. CHU Habib bourguiba, Sfax, Tunisie

I- Introduction

La pyélonéphrite emphysémateuse (PNE) est une forme rare et grave de suppuration rénale caractérisée par la présence de gaz au sein du rein ou des espaces péri-rénaux.

Objectifs: * Décrire les particularités cliniques, microbiologiques, radiologiques
* rapporter les attitudes thérapeutiques des cas de PNE

II- Patients et méthodes

- Les cas de PNE prises en charge par les équipes des services de maladies infectieuses et d'urologie
- Etude rétrospective, 22 ans (1992 – 2013)

III- Résultats

A- Caractéristiques des patients:

– 18 patients : sexe et âge (Fig 1 et 2)

– Âge moyen : 56,27 ans

■ Hommes ■ Femmes

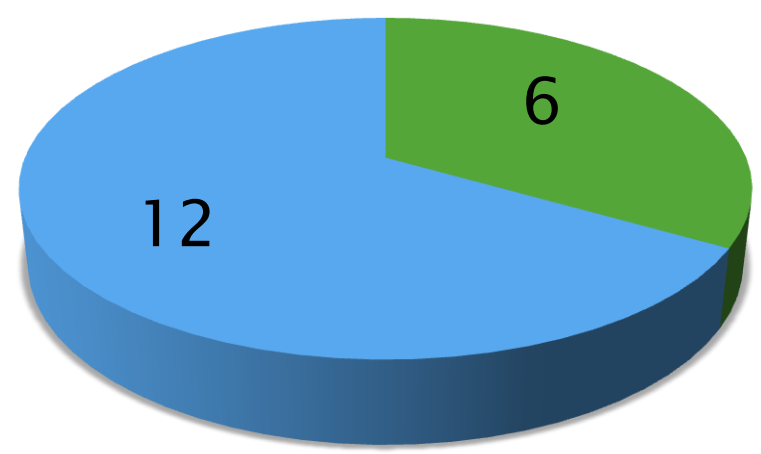


Fig 1: Répartition des patients selon le sexe

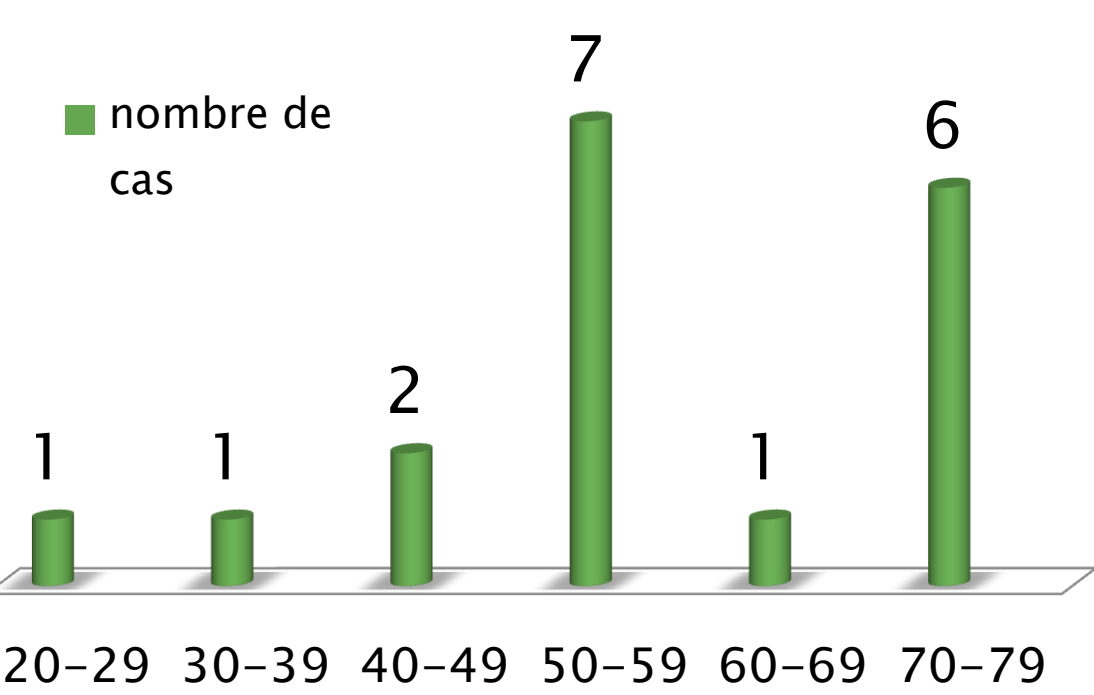


Fig 2: Répartition des patients selon l'âge

Tableau I: Présentations cliniques

symptômes	Nombre	%
Signes fonctionnels		
Fièvre	17	94.4
Douleur lombaire	16	88.8
Troubles mictionnels	12	66.6
Pneumaturie	1	0.05
Troubles digestifs	15	83.3
Signes physiques		
Sensibilité abdominale diffuse	13	72.2
Ebranlement lombaire douloureux	16	88.8
Masse donnant le contact lombaire	3	16.6
Défense lombaire	3	16.6
Emphysème sous cutané	1	0.05
Etat de choc septique	1	0.05

B- Données biologiques et microbiologiques :

Tableau II: Données biologiques

Données biologiques	Nombre de cas	%
Hyperleucocytose	14	77.7
Thrombopénie	5	27.7
Hyperglycémie	11	61.1
Insuffisance rénale	10	55.5
ECBU	18	100
Négatif	3	16.6
Positif	15	83.3
Hémocultures	18	100
Négatives	13	72.2
Positives	5	27.7

■ E.coli ■ K.pneumoniae ■ K.oxytoca
■ P.mirabilis ■ C.albicans ■ C.glabrata

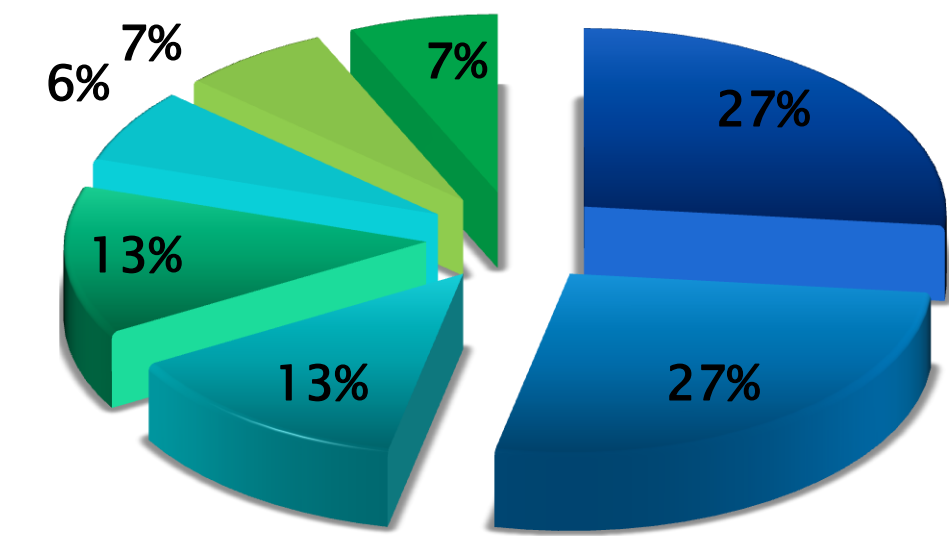


Fig 3: Les germes isolés

C- Données radiologiques :

Tableau III: Moyens du diagnostic radiologique

	Nombre de cas (%)	Normale	Signes en faveur de PNE
AUSP	11(61.1)	4(22.2)	7(38.8)
Echographie	17(94.4)	5(27.7)	12(66.6)
TDM	18(100)	0(0)	18(100)

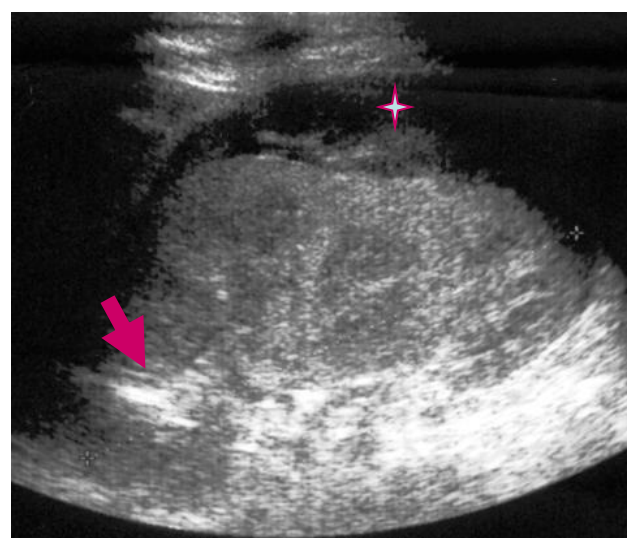


Fig.4: coupe échographique longitudinale du rein droit: Volumineuse collection sous capsulaire + images aériques polaires supérieures

Tableau IV: Constatations radiologiques

		TDM	
		bulles d'air dans les CPC et/ou du parenchyme rénal	
Echographie	Non faite	1	
	normale	5	
	Air dans les CPC et/ou du parenchyme rénal	12 *	
	Abcès du rein	3	
	Lithiase urétérale obstructive	7	

* Dont 3 cas de PNE bilatérale



Fig 5 : coupes axiales de TDM abdominale avant et après injection de PDC. Deux volumineuses collections sous capsulaires. Bulles d'air dans le groupe caliciel supérieur droit et dans la collection gauche

D- Traitement :

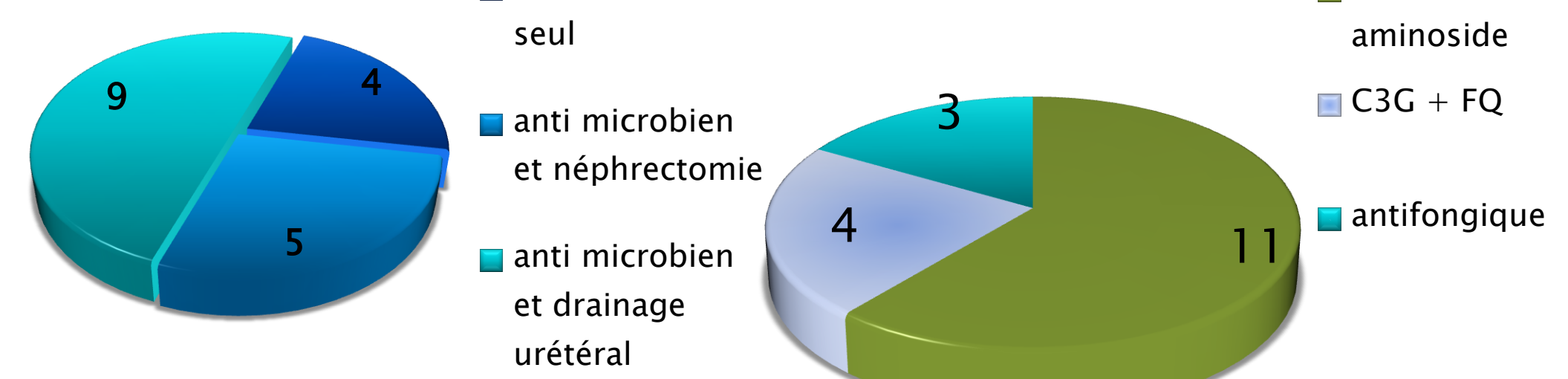


Fig 6: Modes thérapeutiques

Fig 7: Les antimicrobiens

E- Evolution :

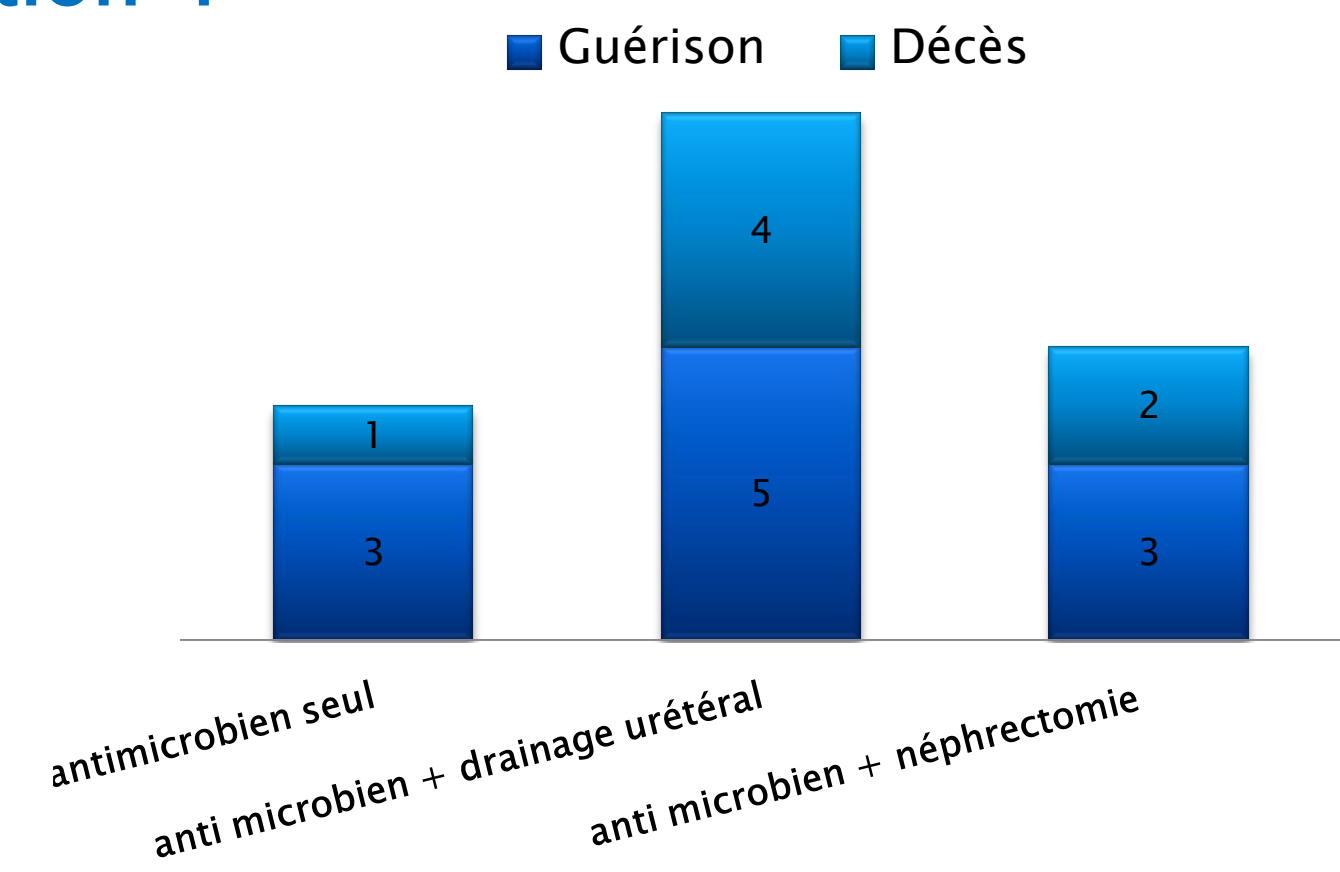


Fig 8: Evolution en fonction du type de traitement

Tableau V: Mortalité en fonction du stade radiologique

Classification radiologique	Nbre de patients (%)	Décès (%)
I	7 (38.8)	3 (42.8)
II	3 (16.6)	1 (33.3)
III	5 (27.7)	2 (40)
IV	3 (16.6)	1 (33.3)

Commentaires

- Infection rare à prédominance féminine (66.6 % dans notre série). Le facteur favorisant le plus décrit est le diabète (100 % dans notre série).
 - Les germes les plus fréquents: *E. coli* (60–70%), *Klebsiella* et *Proteus*. Les agents fongiques sont rares. Dans notre série, les résultats concordent avec ceux de la littérature.
 - Pas de symptomatologie clinique spécifique
 - Le diagnostic positif est radiologique. L'AUSP et l'échographie orientent le diagnostic. La TDM est l'examen de choix. Elle permet une classification radiologique qui a une valeur pronostic (la mortalité du type I (69%) > type II (18%)) et elle permet de guider le traitement.
 - Il s'agit d'une urgence thérapeutique. Le traitement peut être conservateur (antibiothérapie et drainage per cutané ou montée de sonde JJ) ou radical (néphrectomie). Les indications thérapeutiques sont encore controversées. Certains proposent une prise en charge selon la classification radiologique:
 - * Classe I et II: antibiotiques et drainage per cutané
 - * Classe III et IV: essayer le traitement conservateur. La néphrectomie est indiquée si ≥ 2 facteurs de mauvais pronostic (thrombopénie, état de choc, insuffisance rénale aiguë, troubles de l'état de conscience)
 - La mortalité globale est de 43 % (dans notre série: 38,8 %)
 - * Mortalité après antibiothérapie seule: 60–75%
 - * ATB et néphrectomie: 100 %
 - * Extension péri-néphrétique: 100 %
 - * Type I: plus importante
- Dans notre série la mortalité est plus élevée dans le groupe traité par les anti microbien associés au drainage urétéral et dans le groupe de type I selon la classification radiologique
- L' amélioration du pronostic repose sur le diagnostic précoce et le choix de l'attitude thérapeutique la plus adéquate .