

# Douleur abdominale fébrile associée à des signes urinaires

## *Abdominal pain and fever with urinary symptoms*

**B.-M.-A. Tiemtoré-Kambou<sup>1,2</sup>, A.-M. Napon<sup>1,3</sup>, O. Diallo<sup>1,2</sup>, A. Gnoumou<sup>4</sup>, L.-C. Lougué-Sorgho<sup>1,3</sup>, R. Cissé<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Faculté de Médecine, Université Ouaga Pr Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>2</sup>Service de Radiologie et d'Imagerie médicale, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou Burkina Faso

<sup>3</sup>Service d'Imagerie médicale, C.H.U. Pédiatrique Charles De Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>4</sup>Unité de Radiologie, Clinique YATI, Ouagadougou, Burkina Faso

### RESUME

*Un homme consulte pour des douleurs abdominales et une fièvre. Le diagnostic est évoqué sur une radiographie de l'abdomen sans préparation.*

*Rev Med Brux 2016 ; 37 : 498-500*

### ABSTRACT

*A man consults for abdominal pain and fever. The diagnosis is suspected on a plain abdominal radiograph.*

*Rev Med Brux 2016 ; 37 : 498-500*

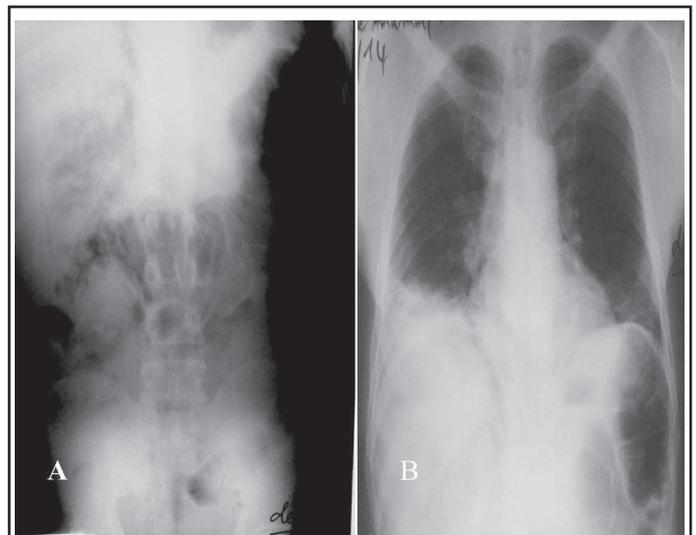
*Key words : abdominal pain, fever, plain abdominal radiograph*

### PRESENTATION CLINIQUE

Un homme de 49 ans consultait pour des douleurs abdominales fébriles évoluant depuis 2 semaines. Traité pour une infection digestive, le patient était reçu deux mois et demi plus tard pour des douleurs de la fosse iliaque droite irradiant au flanc droit et une dysurie.

A son admission, il présentait un bon état général, un fébricule à 38°C, des conjonctives peu colorées, une douleur abdominale localisée à la fosse iliaque droite avec une défense abdominale.

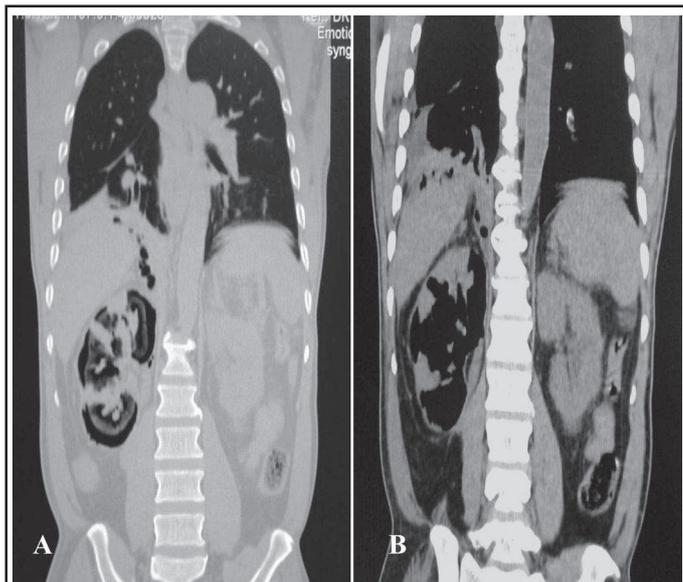
Une échographie demandée pour explorer cette douleur fut peu contributive en raison de l'importante distension gazeuse. Cela motiva la réalisation d'une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) de face debout. Cette radiographie montra une fine clarté gazeuse entourant l'ombre rénale droite, un pneumopéritoine et des opacités alvéolaires basales droites (figure 1).



**Figure 1A : Radiographie ASP.**

**Figure 1B : Radiographie thorax. Pneumopéritoine et condensation alvéolaire basale droite.**

Le scanner abdominal sans injection de produit de contraste (figure 2) montrait une dissection gazeuse parenchymateuse rénale droite épargnant 50 % du parenchyme mais étendue à l'espace péri-rénal.



**Figure 2A :** Scanner thoraco abdominopelvien. Reconstruction coronale fenêtre médiastinale.

**Figure 2B :** Fenêtre intermédiaire. Dissection gazeuse du rein droit et diffusion gazeuse dans l'espace sous diaphragmatique homolatéral.

Le bilan biologique montrait une leucocytose à 19.120 blancs à prédominance de polynucléaires neutrophiles, une créatininémie à 140 mmol/l, des Gamma GT à 903 U/l, des Phosphatases alcalines à 583 U/l et des transaminases à 37 U/l, une albuminémie à 3,5 g/dl et une glycémie à 24,75 mmol/l. L'uroculture isolait *Escherichia coli* sensible au métronidazole et à l'association amoxicilline - acide clavulanique

### QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

**Réponse :** Pyélonéphrite (PNE) emphysémateuse du rein droit avec diffusion gazeuse à l'espace sous diaphragmatique droit.

L'hypothèse d'une pyélonéphrite emphysémateuse était évoquée sur l'ensemble des éléments cliniques, le terrain et les données de l'imagerie. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a permis d'évoquer le diagnostic, le scanner l'a confirmé par la présence de gaz en intra et péri-rénal.

La prise en charge thérapeutique a consisté en un traitement médical antibiotique par voie parentérale et antidiabétique oral. Les suites immédiates étaient caractérisées par une amélioration clinique et biologique au 3<sup>e</sup> jour.

L'échographie de contrôle réalisée un mois après le début du traitement montrait une restitution intégrale du rein droit.

### DISCUSSION

La PNE survient la plupart du temps chez les patients diabétiques de sexe féminin<sup>1</sup> avec une prédominance de l'atteinte rénale gauche<sup>2,3</sup>.

Le développement de la PNE nécessite la convergence de plusieurs facteurs : un terrain favorisant (le diabète ou l'obstruction des voies urinaires) et la présence de bactéries comme les *enterobacteriaceae* qui entraînent la formation de glucose à l'origine de la formation de gaz<sup>1, 3</sup>.

L'ASP a permis de suspecter le diagnostic par la présence d'une clarté entourant l'ombre rénale<sup>4,5</sup>. Selon l'équipe de Rocher elle confirme la présence de gaz dans le rein et en péri-rénal dans 33 à 85 % des cas<sup>6</sup>. Pour Loussaief, l'ASP révèle la présence de gaz dans 30 % des cas<sup>7</sup>. La technique doit être adaptée à l'étude de l'arbre urinaire et se faire en position debout car cette position permet à l'air de mouler la partie supérieure de l'espace péri-rénal<sup>6</sup>. Cela est suffisant pour ne pas occulter le diagnostic de PNE devant des signes cliniques évocateurs dans nos conditions où l'accessibilité financière et géographique du scanner n'est pas donnée.

Le scanner abdominal est le moyen de confirmation du diagnostic par la présence de gaz au niveau rénal<sup>8,9</sup>. Sa sensibilité et sa spécificité sont supérieures à la scintigraphie et à l'ASP. En évaluant le parenchyme sain il détermine un élément des facteurs pronostiques<sup>8,10</sup>. Ces facteurs pronostiques comportent des données tomodynamométriques, cliniques et biologiques. Le siège du gaz et son extension au niveau rénal permettent de classer la PNE, au scanner, en 4 stades de gravité croissante déterminant ainsi le pronostic de la maladie.

### CONCLUSION

Bien que le scanner soit la technique de choix pour confirmer le diagnostic de PNE, l'ASP permet d'évoquer le diagnostic et d'entreprendre une thérapeutique parfois salvatrice, surtout dans nos conditions où le scanner n'est pas la panacée de par sa disponibilité et son accessibilité financière et géographique.

Conflits d'intérêt : néant.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Nasr AA, Kishk AG, Sadek EM, Parayil SM : A case report of emphysematous pyelonephritis as a first presentation of diabetes mellitus. Iran Red Crescent Med J 2013 ; 15 e10384
2. Cherif M, Kerkeni W, A Bouzouita *et al.* : La pyélonéphrite emphysémateuse. Caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, bactériologiques, radiologiques, thérapeutiques et pronostiques. Etude rétrospective de 30 cas. Tunis Med 2012 ; 90 : 725-9

3. Menif E, Noura K, Baccar S *et al.* : Emphysematous pyelonephritis : report of 3 cases.  
Ann Urol (Paris) 2001 Mar ; 35 : 97-100
4. Sujitranooch B : Emphysematous pyelonephritis : A case report and review of literatures. J Med Assoc Thai 2008 ; 91 : 240-3
5. Ouellet LM, Brook MP : Emphysematous pyelonephritis an emergency indication for the plain abdominal radiograph.  
Ann Emerg Med 1988 ; 17 : 722-4
6. Rocher L, De Leusse-Vialar A, Tasu JP *et al.* : Pyélonéphrite emphysémateuse à propos de 4 observations.  
J Radiol 1999 ; 80 : 297-302
7. Loussaief C, Klii C, Romdhane B, Chakroun M, Bouzouaïa N : Pyélonéphrite emphysémateuse : à propos d'un cas.  
Rev Tun Infectiol 2007 ; 1 : 25-8
8. Kapoor R, Muruganandham K, Gulia Ak *et al.* : Predictive factors for mortality and need for nephrectomy in patients with emphysematous pyelonephritis. BJU Int 2010 ; 105 : 986-9
9. Huang JJ, Tseng CC : Emphysematous pyelonephritis : clinicoradiological classification, management, prognosis and pathogenesis. Arch Intern Med 2000 ; 160 : 797-805
10. Kuchay MS, Laway BA, Bhat MA, Mir SA : Medical therapy alone can be sufficient for bilateral emphysematous pyelonephritis : report of a new case and review of previous experiences.  
Int Urol Nephrol 2014 ; 46 : 223-7

**Correspondance et tirés à part :**

B.-M.-A. TIEMTORE-KAMBOU  
C.H.U. Yalgado Ouédraogo  
Service de Radiologie  
11BP 1652 CMS Ouagadougou  
Burkina Faso  
Email : kbenildema@yahoo.fr

Travail reçu le 12 janvier 2016 ; accepté dans sa version définitive le 17 février 2016.