

Cas clinique

Karine Faure
Service de réanimation et maladies
infectieuses et tropicales
Tourcoing

- Une femme de 58 ans sans antécédant médico-chirurgical
- Vomissements, diarrhées, polydipsie et altération de l'état général depuis 4 jours
- Consultation aux urgences
- Examen clinique
 - Fébrile à 38,5°C
 - Marbrures des genoux sans collapsus cardio-vasculaire, tachycardie sinusale à 110/min
 - Somnolence et confusion (ne parle pas français)
 - Dyspnée de Kussmaul
 - Pli cutané et langue sèche
 - Douleur fosse lombaire gauche

- **Biologie**

- Acidose lactique avec cétonurie
- Déshydratation intracellulaire
- Insuffisance rénale avec hyperkaliémie
- Hyperleucocytose
- Thrombopénie avec \searrow TP
- \nearrow CRP et PCT

- **Imagerie**

- Echographie rénale et des voies urinaires: pas de dilatation des voies urinaires, images hyperéchogènes au pôle rénal supérieur gauche
- TDM abdominale: rein unique en fer à cheval, présence de bulles dans le parenchyme

GE XY 190.5
46 In: 59
04
12 DFOV 38.7cm
.1 SOFT

57 F DECHOCAGE XY 194.5
DOB: 12 déc 1946 In: 61
17 fév 04
512 DFOV 38.
PT:1.1 SOFT

L R
2 1
0 3
7 2

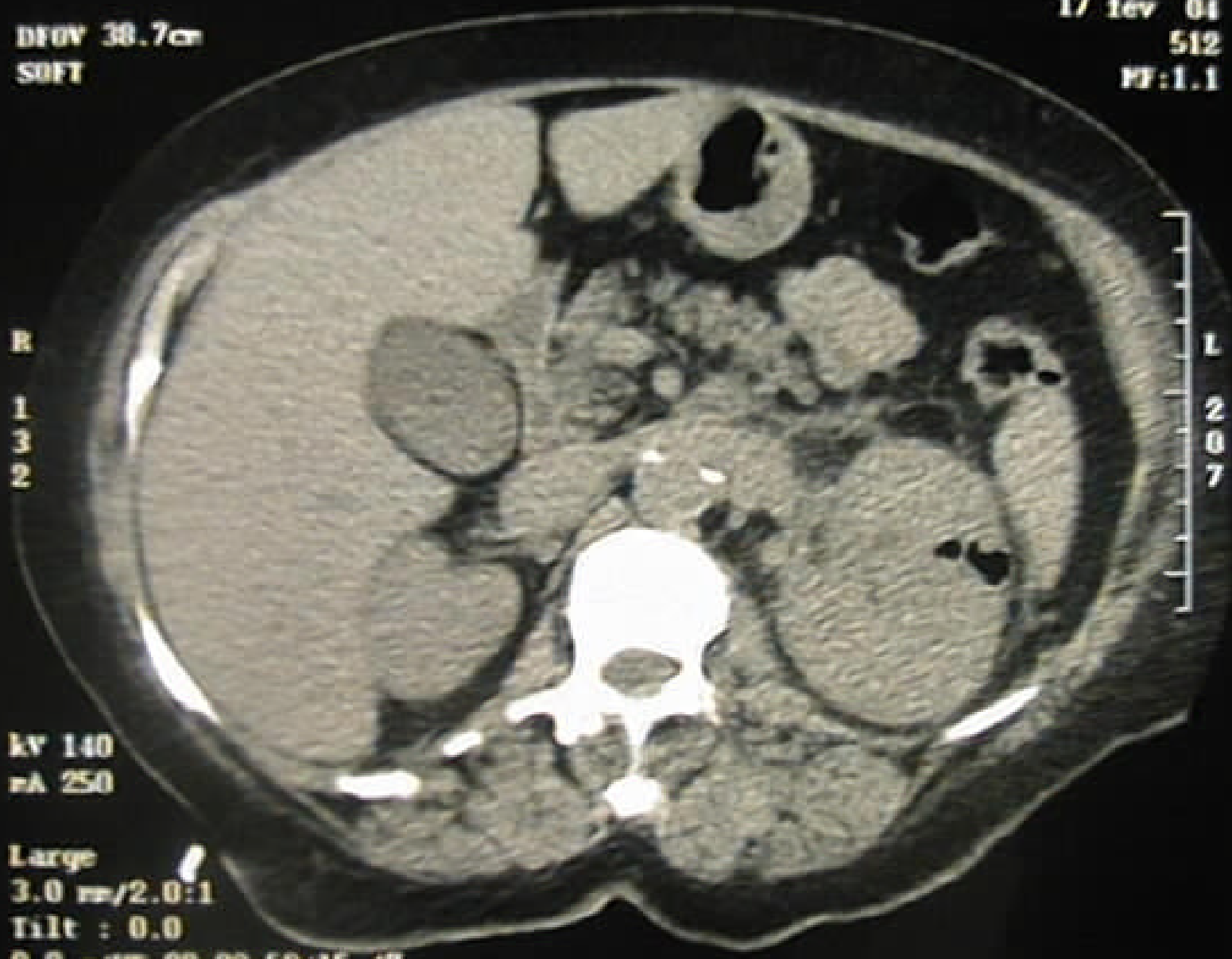
L R
2 1
0 3
7 2

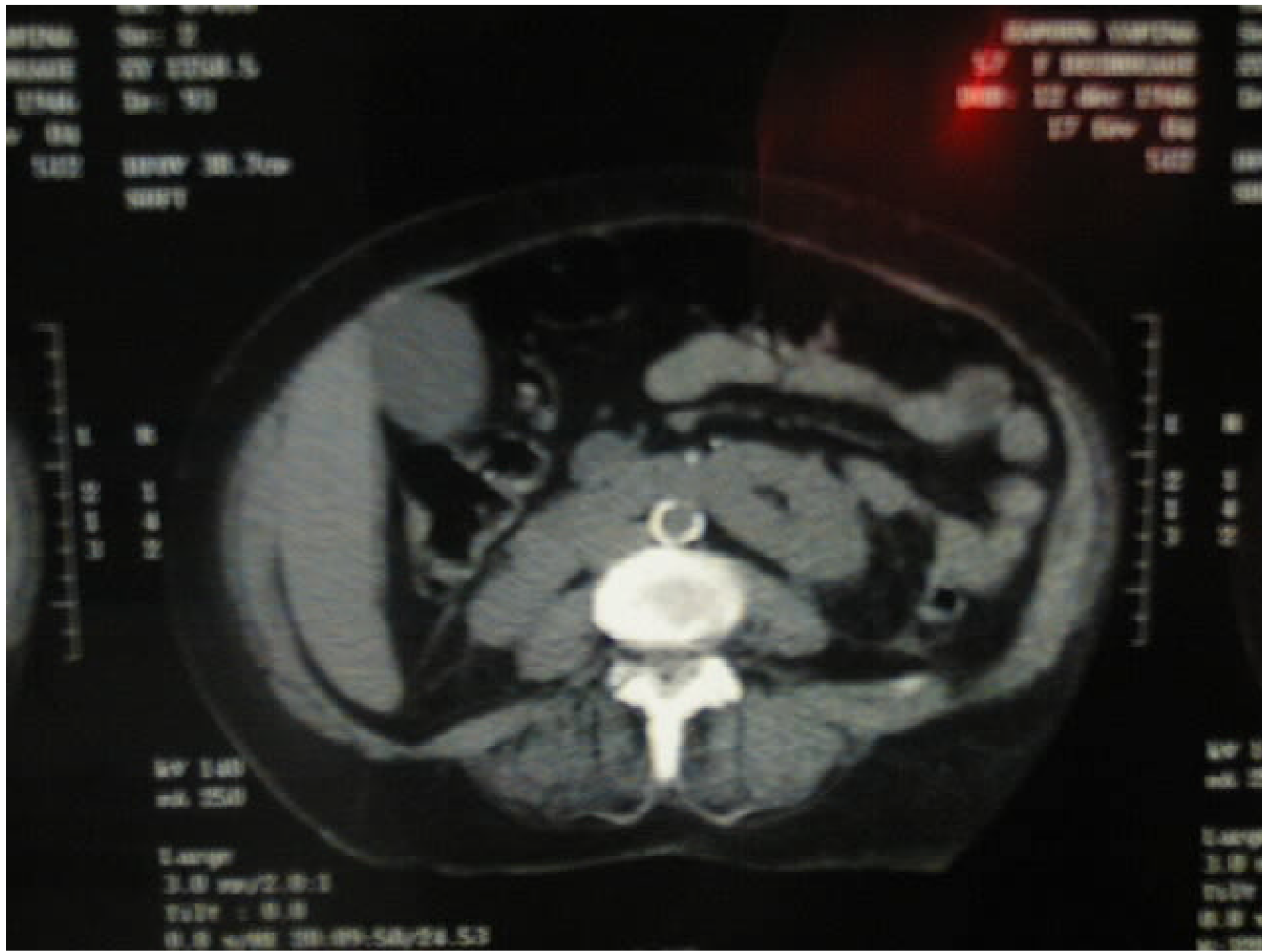
kV 140
mA 250

kV 140
mA 250

Large
3.0 mm/2.0:1
Tilt : 0.0
0.8 s/HE 20:09:50/15.47
w:320 L:320

Large
3.0 mm/2.0:1
Tilt : 0.0
0.8 s/HE
w:320 L:320





- Synthèse

Pyélonéphrite emphysémateuse sur rein unique en fer à cheval compliquée d'insuffisance rénale aiguë, sepsis sévère et décompensation acido-cétosique

- Prise en charge

- Remplissage vasculaire
- Oxygénothérapie
- Insulinothérapie IV
- Antibiothérapie IV: Rocéphine
- Transfert en réanimation

- Réanimation à la phase initiale
 - Assistance ventilatoire invasive
 - Introduction d'amines vasopressives
 - Mise en route d'une épuration extrarénale
 - Modification de l'antibiothérapie:
tazocilline + ciprofloxacine + gentamycine

Place de la prise en charge chirurgicale ?

- Nécrose ischémique et infectieuse du parenchyme rénal
- Symptomatologie sévère, rapidement évolutive
- Mortalité 20-75%
- Le traitement chirurgical radical représentait la seule thérapeutique salvatrice
- Actuellement drainage chirurgical ou percutané
- Attitude sur rein anatomiquement ou fonctionnelle unique ?

- Evolution

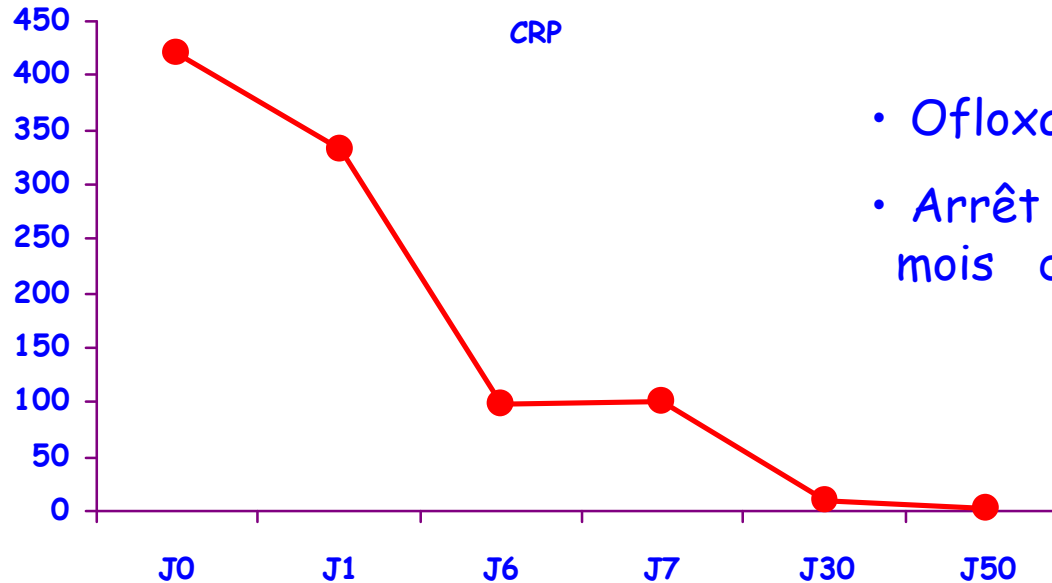
- Hémodcultures positives à E. coli de phénotype sauvage → amoxicilline + ofloxacine
- Reprise d'une diurèse à J3 (une seule séance d'hémodiafiltration de 24h)
- Sevrage des amines vasopressives et de l'assistance ventilatoire à J5
- Transfert en néphrologie à J7

- Néphrologie

- Probable nécrose tubulaire aiguë à l'origine de l'insuffisance rénale
- Hospitalisation de 10j puis suivi en consultation (récupération d'une fonction rénale normale et d'une diurèse satisfaisante)

• Evolution morphologique:

- TDM à J10: lésions rénales pôlaires supérieures gauches en voie d'abcédation et hypodensités spléniques compatibles avec des embols septiques
- TDM à J40: lésions rénales similaires et régression des lésions spléniques
- TDM à 3 mois: régression des lésions rénales (aspect cicatriciel) et disparition des lésions spléniques



- Ofloxacine seule à J50
- Arrêt des antibiotiques après 3 mois de traitement