
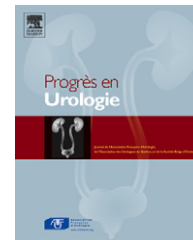




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Pyélonéphrite obstructive droite par étranglement herniaire supra-piriforme de l'uretère pelvien : cas clinique

Right obstructive pyelonephritis due to supra piriform herniation of the pelvic uretere: Case report

A. Forgues^a, F. Junes^b, T. Gateau^b, A. Geissman^c,
F. Merignargues^c, P. Ballanger^a, G. Robert^{a,*}

^a Service d'urologie, université Bordeaux 2 Victor-Segalen, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux, France

^b Service de chirurgie urologique et viscérale, centre hospitalier de Libourne, 33500 Libourne, France

^c Service d'imagerie médicale, centre hospitalier de Libourne, 33500 Libourne, France

Reçu le 25 octobre 2010 ; accepté le 15 février 2011

Disponible sur Internet le 1 avril 2011

MOTS CLÉS

Colique néphrétique ;
Hernie abdominale ;
Anatomie ;
Foramen
supra-piriforme

KEYWORDS

Nephritic colic;
Abdominal hernia;
Anatomy;

Résumé Les étranglements herniaires de l'uretère pelvien sont exceptionnels. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 57 ans ayant eu une pyélonéphrite obstructive par étranglement herniaire de l'uretère dans l'échancrure ischiatique supra-piriforme dont le diagnostic a été fait grâce à la tomодensitométrie sans injection. Le traitement a été chirurgical avec drainage des urines puis libération et résection segmentaire de l'uretère avant fermeture de l'orifice herniaire. Les étiologies de ces hernies sont imprécises mais il est intéressant de connaître cette pathologie dont le traitement peut avoir des risques pour les voies urinaires mais également pour certains éléments vasculonerveux.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Ureteric herniations are extremely rare. We are reporting the case of a 57-year-old female presenting with an upper urinary tract sepsis due to a pelvic ureteral herniation into the supra-piriform sciatic foramen. The diagnosis was made by the CT scan and the treatment was performed in two steps: first the upper urinary tract was drained, and then the hernia

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gregoire.robert@chu-bordeaux.fr (G. Robert).

Supra-piriform foramen

was surgically treated. Although ureteral hernias are exceptional causes for nephritic colic, urologists must be aware of the specificity of the diagnosis and of the treatment in order to avoid complications.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'étranglement herniaire ischiatique est une étiologie rare d'obstruction urétérale non lithiasique avec seulement 25 cas rapportés [1], dont le premier en 1947 par Lindbom et al. [2].

Nous rapportons ici une observation de pyélonéphrite obstructive par étranglement herniaire de l'uretère pelvien dans l'échancrure ischiatique supra-piriforme. La connaissance de cette étiologie rare de colique néphrétique doit permettre une prise en charge adaptée et éviter toute complication, notamment par lésion chirurgicale iatrogène de l'artère ou du nerf fessier.

Observation

Une patiente âgée de 57 ans, ayant comme antécédents une ligature de trompe et un angor traité par antiagrégant plaquettaire, a consulté en urgence pour une douleur lombaire droite brutale avec hyperthermie et présence d'hématies, de leucocytes et de nitrites à la bandelette urinaire. Devant ce tableau de colique néphrétique droite fébrile, l'examen tomodensitométrique sans injection réalisé d'emblée [3–5] a mis en évidence une dilatation urétéro-pyélocalicielle jusqu'en aval des vaisseaux iliaques sans aucun obstacle intraluminal ou compression extrinsèque. En revanche, une image d'incarcération de l'uretère pelvien dans l'échancrure ischiatique supra-piriforme a été notée (Fig. 1).

Compte tenu de la prise d'antiagrégant plaquettaire, la néphrostomie percutanée a été contre-indiquée. Ainsi, la voie excrétrice supérieure a été drainée par une sonde urétérale. Afin d'éviter toute fausse route, une opacification à basse pression de l'uretère iliaque a été réalisée. Elle

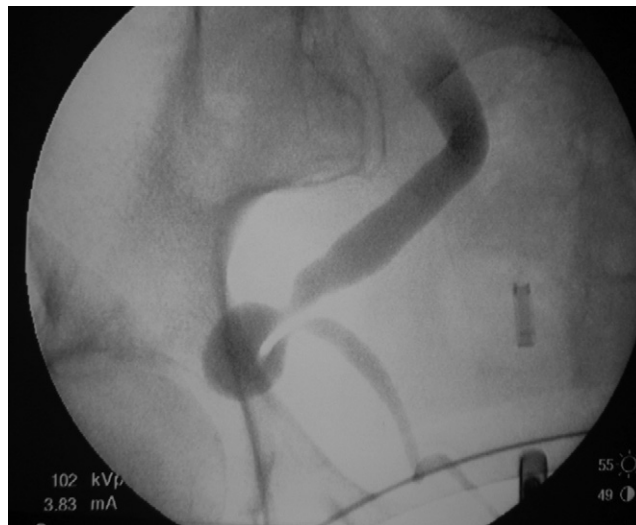


Figure 2. Urétéro-pyélographie rétrograde de l'uretère pelvien droit avec aspect en « oméga » caractéristique ; l'uretère est latéralisé et exclu dans l'orifice herniaire avec visualisation du collet et dilatation de l'uretère d'amont.

a permis de confirmer la déformation caractéristique en « oméga » de l'uretère pelvien, de visualiser le collet de la hernie (Fig. 2) et de passer un guide jusqu'aux cavités rénales.

La culture bactériologique du prélèvement pyélique a mis en évidence un *E. coli* multi sensible qui a été traité par une céphalosporine de troisième génération et un aminoside. Le traitement chirurgical étiologique de l'obstruction urétérale n'a été réalisé qu'après six jours de drainage urinaire et plus de 72 heures d'apyrexie.

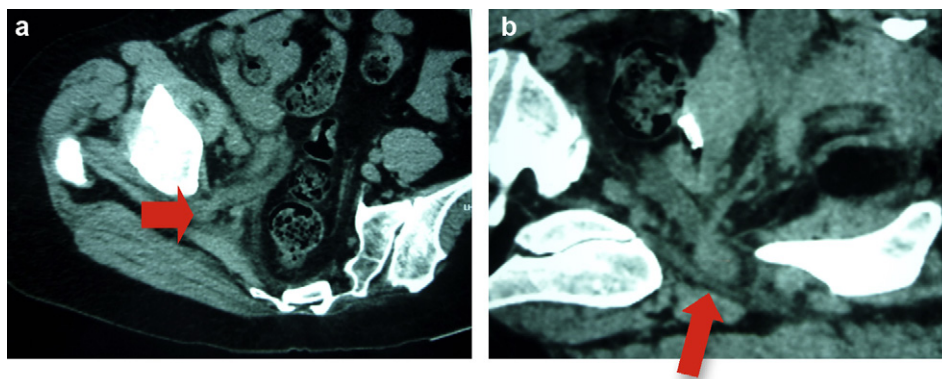


Figure 1. TDM abdominopelvien sans injection mettant en évidence un segment d'uretère enclavé dans l'orifice ischiatique supra-piriforme.

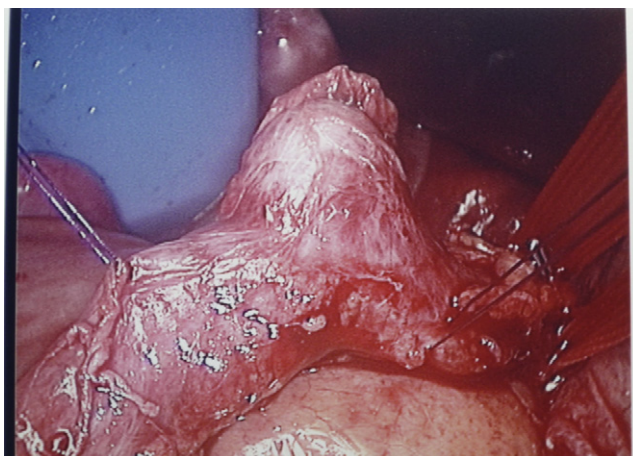


Figure 3. Aspect « plicaturé » de l'uretère après désenclavement chirurgical.

L'abord par mini-laparotomie iliaque droite a permis d'isoler l'uretère. La dissection le long de l'artère hypogastrique a permis d'identifier l'artère fessière supérieure qui chemine dans l'échancrure supra-piriforme avec le nerf fessier supérieur (Fig. 5b). Ensuite, l'uretère a été désenclavé. La réduction de la plicature restant incomplète (Fig. 3), il a fallu réaliser une résection segmentaire de l'uretère avec anastomose termino-terminale protégée par une sonde urétérale extériorisée en trans-vésico-pariétal. L'orifice herniaire a été refermé, en respectant l'artère et le nerf fessier supérieur. Compte tenu de l'épisode infectieux récent, aucun matériel prothétique n'a été utilisé.

La sonde urétérale a été retirée dix jours après l'intervention. La patiente a été revue à trois mois. Elle n'avait aucune douleur lombaire et l'examen tomodensitométrique de contrôle ne retrouvait ni sténose anastomotique, ni dilatation d'amont (Fig. 4).

Discussion

Considérations anatomiques

Le ligament sacroépineux qui s'insère sur l'épine ischiatique divise l'orifice ischiatique en petit et grand foramen (Fig. 5a). Le muscle piriforme, tendu entre la face antérieure du sacrum et le grand trochanter, traverse le grand foramen ischiatique et le divise en foramen supra- et infra-piriforme. Les hernies ischiatiques occupent majoritairement l'orifice supra-piriforme [6] par lequel cheminent l'artère et le nerf fessier supérieur qu'il conviendra de ne pas léser durant l'intervention chirurgicale.

Les facteurs prédisposants sont les causes d'atrophie du muscle piriforme: pathologies neuromusculaires (myopathies) ou certaines pathologies dégénératives de l'articulation coxofémorale [7,8]. Chez la femme,

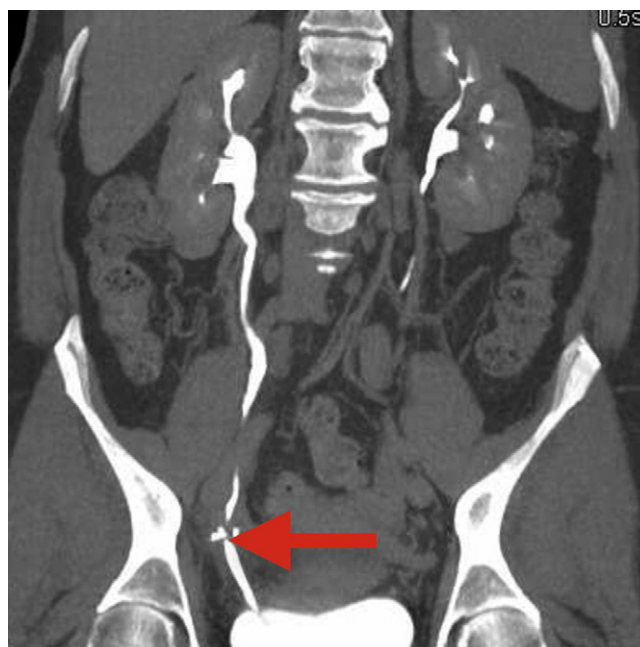


Figure 4. TDM de contrôle à trois mois (image reconstruite) ne mettant en évidence ni sténose anastomotique ni dilatation d'amont (la zone d'anastomose est désignée par la flèche, présence de clips vasculaire en péri-anastomotique).

un foramen ischiatique et un pelvis naturellement plus larges pourraient expliquer une plus grande fréquence de cette pathologie: 87% des cas concernaient des femmes [6].

Revue de littérature

Ce type de hernie supra-piriforme est extrêmement rare avec une centaine de cas rapportés depuis 1947 [6]. Speeg et al. ont rapporté dans une revue récente une incarceration de l'uretère dans 23% des cas, de l'ovaire dans 28% des cas, de l'intestin grêle dans 23% des cas et du côlon dans 18% des cas [6]. Il s'agit ici de la deuxième observation d'hernie supra-piriforme de l'uretère rapportée en France [1].

Aucun signe clinique spécifique n'a été décrit que ce soit à la palpation du foramen ischiatique, à la recherche d'une névralgie fessière supérieure ou à la mobilisation de l'articulation coxofémorale. Le tableau clinique est celui d'une colique néphrétique (39% des cas), associée à un tableau septique dans 52% des cas [6].

Historiquement, le diagnostic était fait à l'UIV avec l'image caractéristique d'uretère « curlicue » décrite par Beck et al. en 1952 [9]. Actuellement, la TDM abdominopelvienne sans injection permet à la fois de confirmer le diagnostic et de mettre en évidence l'étiologie.

Enfin, la résection segmentaire de l'uretère ne doit pas être systématique. Elle se justifie dans environ 17% des cas [6] et nécessite alors une réimplantation

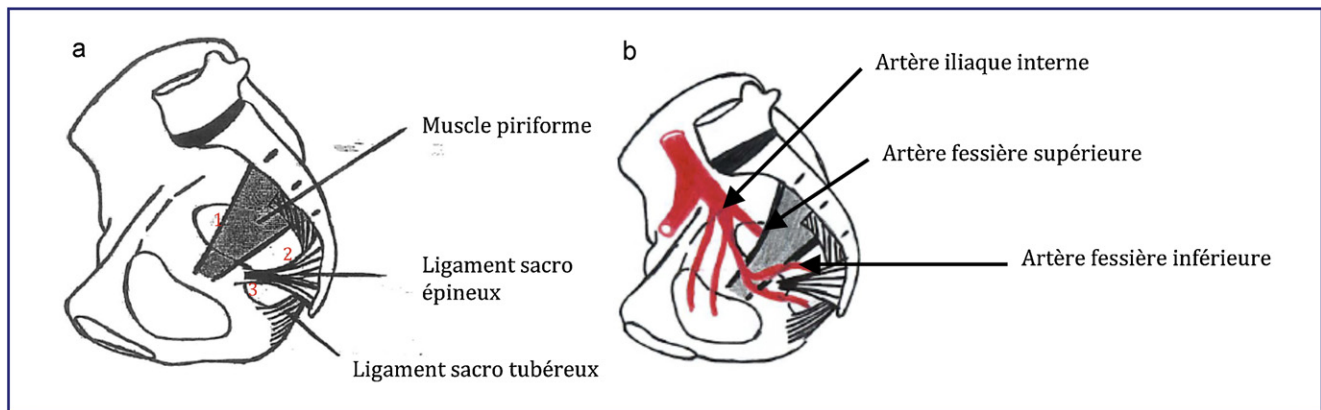


Figure 5. a : pelvis en coupe sagittale : (1) orifice ischiatique supra-piriforme ; (2) orifice ischiatique infra-piriforme ; (3) petit orifice ischiatique ; b : artères du pelvis en coupe sagittale.

immédiate sur vessie prostaticque ou par anastomose urétéro-urétérale.

Conclusion

Bien qu'extrêmement rare, l'étranglement herniaire dans l'échancrure ischiatique supra-piriforme peut être évoqué en cas de colique néphrétique ou d'hydronéphrose sans obstruction lithiasique ni compression extrinsèque. La tomodynamométrie est indispensable pour confirmer le diagnostic avant d'envisager sa prise en charge chirurgicale. Les particularités anatomiques de cette région doivent être connues afin d'éviter de léser l'artère ou le nerf fessier supérieur.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Loffroy R, Bry J, Guiu B, Dubruille T, Michel F, Cercueil JP, et al. Ureterosciatic hernia: a rare cause of ureteral obstruction visualized by multislice helical computed tomography. *Urology* 2007;69(2):385.e1–3.
- [2] Lindbom A. Unusual ureteral obstruction by herniation of ureter into sciatic foramen. *Acta Radiol* 1947;28(3): 225.
- [3] El Khebir M, Fougeras O, Le Gall C, Santin A, Perrier C, Sureau C, et al. Actualisation 2008 de la huitième conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences. *Prog Urol* 2009;19(7): 462–73.
- [4] Lechevallier E, Saussine C, Traxer O. Imagerie et calcul de la voie excrétrice supérieure. *Prog Urol* 2008;18(12): 863–86.
- [5] Prunel P, Verhoest G, Boudry G, Rohou T, Bouget J, Patard J-J, et al. Impact de la tomodynamométrie faible dose sur le diagnostic et la prise en charge des coliques néphrétiques aux urgences. *Prog Urol* 2010;20(9):633–7.
- [6] Speeg JS, Vanlangendonck Jr RM, Fusilier H, Richardson WS. An unusual presentation of a sciatic hernia. *Am Surg* 2009;75(11):1139–41.
- [7] Stöckle M, Müller SC, Riedmiller H. Ureterosciatic hernia. A rare cause of pyonephrosis. *Eur Urol* 1989;16(6):463–5.
- [8] Ritschel S, Heimbach D, Schoeneich G. Ureterosciatic hernia. *Scand J Urol Nephrol* 1996;30(5):423–4.
- [9] Beck WC, Baurys W, Brochu J, Morton WA. Herniation of the ureter into the sciatic foramen ("curlicue ureter"). *J Am Med Assoc* 1952;149(5):441–2.