

ayant une hémophilie innée ou une maladie de von Willebrand. L'objectif de cette étude est d'évaluer la morbidité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans cette population.

Méthodes Entre 2002 et 2019, 35 séries de biopsies de prostate (BP) ont été réalisées chez 26 patients atteints d'une hémophilie de type A (HA), de type B (HB) ou d'une maladie de von Willebrand (VW). Les patients hémophiles étaient classés en sévère (facteur VIII ou IX 30 %). Dix-sept thérapies radicales (TR) ont été réalisées dont 15 prostatectomies radicales (PR), 1 curiethérapie et 1 radiothérapie. Tous les patients (sauf 1 série de BP) ont été supplémentés en facteur de coagulation. Nous avons évalué la morbidité per- et postopératoire de ces gestes.

Résultats Parmi les 35 BP, 27 étaient atteints d'HA (1 sévère, 17 modérées et 9 mineures), 1 HB modérée et 7 VW. En moyenne, 12,4 BP (6–21) étaient réalisées et les patients restaient hospitalisés 3,5 jours après le geste (0–9). À noter un épisode de déglobulisation sur rectorragie nécessitant une transfusion. Aucun des patients n'a été ré-hospitalisé. Concernant les TR, les patients étaient âgés en moyenne de 65,2 ans (47–74). Quinze étaient HA (1 sévère, 7 modérées, 7 mineures) et 2 VW. Concernant les PR : les durées opératoires et d'hospitalisation étaient respectivement de 216 minutes (138–333) et 10,5 jours (5–29) ; 1 cœlio-conversion pour hémorragie ; 4 ré-hospitalisations pour hémorragie (1 hématome et 3 caillotages) et 2 transfusions (Clavien : II-4 ; IIIb-2). Des symptômes de cystite radique sont apparus à 3 ans post-radiothérapie.

Conclusion La réalisation de BP chez le patient hémophile supplémenté en facteur de coagulation, est un geste qui ne se complique pas lorsque bien encadré. Il semble exister un sur-risque hémorragique notamment d'hématurie macroscopique caillotante à l'ablation de la sonde à demeure post-PR. La RCE ne semble pas indiqué dans cette population, à sur-risque hémorragique en cas de cystite radique.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.253>

Infection

CO-207

La pyélonéphrite xanthogranulomateuse diffuse et focale : principaux aspects et diagnostics différentiels en imagerie

A. Saadi^{1,*}, C. Saadi¹, M. Chakroun¹, A. Kacem¹, N. Achour², A. Bouzouita¹, A. Derouiche¹, R. Ben Slama¹, N. Mnif², H. Ayed¹, M. Chebil¹

¹ Service d'urologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service de radiologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dr.saadi.ahmed@gmail.com (A. Saadi)

Objectifs La pyélonéphrite xanthogranulomateuse (PXG) représente une entité de pyélonéphrite chronique relativement rare. En l'absence de signes spécifiques, son diagnostic préopératoire reste difficile et la PXG pose des difficultés d'ordre diagnostique différentiel de tumeur rénale. L'objectif de ce travail est de décrire les principaux aspects scanographiques de la PXG dans ses différentes formes et d'en déduire les principales caractéristiques.

Méthodes On a réalisé une relecture des scanners de tous les cas de PXG confirmés histologiquement sur pièce opératoire durant la période étendue de 1998–2018. Parmi 88 patients inclus, 14 dossiers n'étaient pas exploitables et donc exclus de l'étude. Toutes les données scanographiques ont été recueillies et analysées.

Résultats On a distingué deux formes différentes de PXG : une forme diffuse (71 %) et une forme focale (29 %). Dans la forme diffuse, le diagnostic préopératoire (Tableau 1) était une pyonéphrose avec des cavités pyélocalicielles dilatées hypodenses et un parenchyme détruit dans 59 % des cas (Fig. 1). Le facteur favorisant était l'obstruction chronique des voies excrétrices d'origine lithiasique dans 88 % des cas. Une extension périrénale du processus infectieux était observée sous forme d'abcès périrénal ou du psoas (21 %). Les complications fistuleuses étaient observées dans 5 cas (4 fistules rénocutanées et une rénocolique). Dans la forme focale, le diagnostic préopératoire était une tumeur rénale dans 7 cas et un abcès du rein dans 6 cas. L'aspect scanographique était une masse hypodense isolée (4 cas) (Fig. 2), une masse solido-kystique (3 cas) ou une ectasie calicelle segmentaire (4 cas).

Conclusion Le diagnostic préopératoire de la PXG reste difficile. Sa forme focale pseudo-tumorale est souvent confondue avec le cancer du rein. L'association de syndrome biologique inflammatoire, à des images scanographiques d'inflammation péri-lésionnelle sur un rein lithiasique dilaté, doit nous inciter à évoquer le diagnostic et proposer une biopsie pouvant confirmer le diagnostic et éviter éventuellement une chirurgie délabrante et inutile.

Tableau 1 Les différents diagnostics préopératoires évoqués.

	33	44,5%
Pyonéphrose	26	35,1%
Rein détruit	7	9,4%
Tumeur rénale	6	8,1%
Abcès du rein	2	2,7%
Tumeur de la voie excrétrice supérieure		

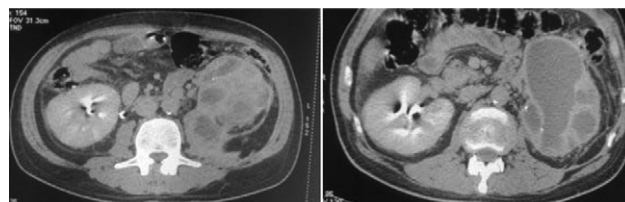


Fig. 1 PXG diffuse : hydro-pyonephrose avec réaction xanthogranulomateuse sous forme d'une collection pseudo-kystique multiloculée intraparenchymateuse. Infiltration associée de la graisse périrénale et compilation à type d'abcès du psoas homolatéral.

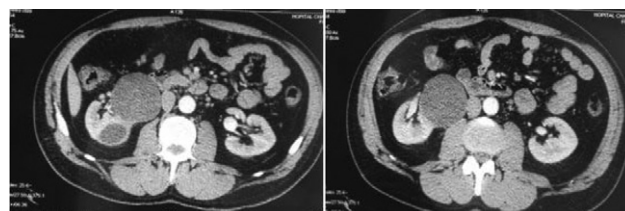


Fig. 2 PXG focale : masse hypodense isolée, non rehaussée, au sein d'un parenchyme par ailleurs normal.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.254>