

«Pneumatosis cystoides vesicalis»

P. Borella^a, W. Cereda^b, B. Balestra^a

Une patiente de 79 ans est hospitalisée à cause d'une baisse de l'état général. La patiente est connue pour une cardiopathie valvulaire avec fibrillation atriale chronique et elle a été sou-

mise à une colonoscopie avec ablation d'un adénome tubulo-villeux du rectum, qui n'infiltrait pas la paroi, deux mois auparavant.

Un CT-scan abdominal (figure 1), prescrit pour une suspicion d'une éventuelle tumeur intra-abdominale, qui n'a pas été confirmée, a par contre démontré la présence d'air dans la paroi de la vessie, visible aussi sur une radiographie de l'abdomen à vide effectuée dans un deuxième temps (figure 2).

La patiente ne présentait pas de symptômes urinaires, et n'était pas diabétique. L'examen des urines et la culture ont confirmé la présence d'une infection à *Klebsiella pneumoniae*. On a donc traité la patiente pendant deux semaines avec une Fluoroquinolone (Noroxin® 400 mg × 2), avec résolution de la cystite, confirmée par l'examen des urines et par une radiographie de l'abdomen à vide qui a montré la normalisation de la pathologie vésicale. On a ainsi renoncé à une cystoscopie. L'examen gynécologique était sans particularités.

La **cystite emphysémateuse** est une pathologie rare et peu décrite dans la littérature, qu'on retrouve le plus souvent chez des femmes diabétiques avec des infections urinaires récurrentes, ou en association avec une pathologie neurologique ou obstructive.

Les autres causes possibles sont la présence de diverticules ou de tumeurs vésicaux ou du rectum.

Il s'agit d'une complication de l'infection urinaire liée à la production de gaz dans la paroi et dans la lumière vésicales par les microorganismes, grâce à la fermentation anaérobie du glucose présent soit dans l'urine, soit dans la paroi vésicale.

Les germes retrouvés sont principalement des *E. coli*, mais aussi *K. pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *S. aureus*, *Streptococcus sp.*, *Nocardia*, *Aerobacter* et *Clostridium perfringens*, et *Candida albicans*, chez des patients porteurs de cathéters.

Elle se présente avec les symptômes classiques de l'infection urinaire: polyurie, dysurie, urgence mictionnelle. Une pneumaturie n'est pas souvent décrite par le patient (un tiers des cas) et n'est pas pathognomonique.

Le traitement antibiotique et dans certains cas les irrigations vésicales permettent une résolution du quadre, qui peut avoir une évolution dramatique s'il n'est pas reconnu à temps, mais si le pronostic est en général bon.

L'examen de choix pour poser le diagnostic est le CT-scan abdominal, même si la radiographie

Figure 1.

CT-scan abdominal qui montre la présence d'air dans la paroi vésicale.

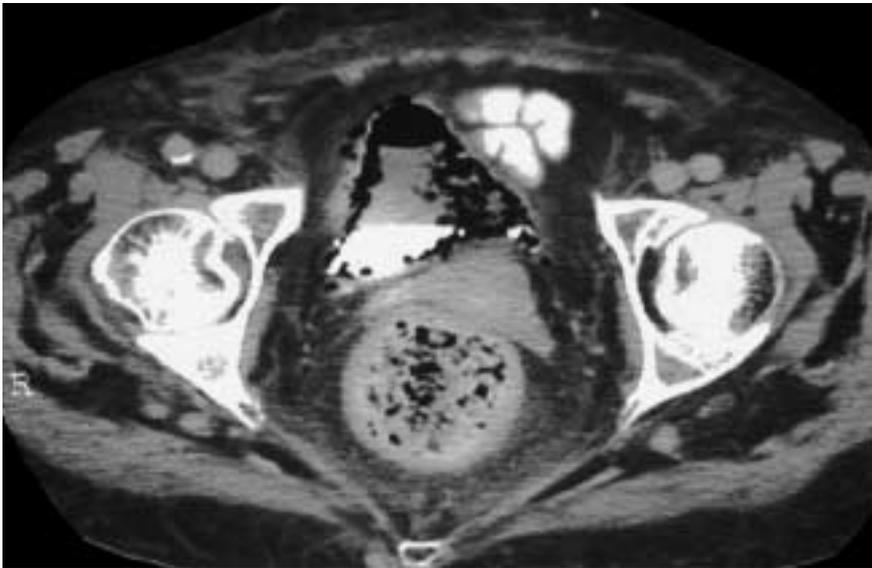


Figure 2.

Radiographie abdominale avec multiples petites bulles d'air «en grappes» dans le petit bassin.



^a Service de Médecine interne;

^b Service de radiologie;
Ospedale regionale della
Beata Vergine, Mendrisio

de l'abdomen à vide permet déjà de suspecter la présence de gaz dans la vessie. La cystoscopie confirme le diagnostic et recherche d'éventuelles pathologies de la paroi vésicale.

En diagnostic différentiel il faut penser à une fistule vésico-digestive ou vésico-vaginale.

En conclusion la **cystite emphysémateuse** est une rare complication de l'infection urinaire, qui a un pronostic favorable, contrairement à

la pyélonéphrite emphysémateuse. Son diagnostic peut se faire avec une radiographie de l'abdomen ou un CT-scan qui montrent la présence de gaz dans la paroi de la vessie.

Notre patiente représente un cas particulier puisqu'elle n'avait pas de facteurs de risque typiques et était asymptomatique.

Par analogie avec la pathologie intestinale on l'a appelée «pneumatosis vesicalis».

Références

- 1 Wortmann G, Fleckstein J. Incidental discovery of emphysematous cystitis. *South Med J* 1998;91:785-6.
- 2 Weddle J, Brunton B, Rittenhouse DR. An unusual presentation of emphysematous cystitis. *Am J Emerg Med* 1998;16:664-6.
- 3 Tsao JW, Jun SL. Diagnostic dilemma. Emphysematous cystitis. *Am J Med* 2000;110:220,239.
- 4 Barkia A, Larbi N, Mnif A, Chebil M, Ayed M. Cystite emphysémateuse: à propos de 2 cas. *Prog Urol* 1997; 7:468-70.
- 5 Eloubeidi MAS, Fowler VG. Images in clinical medicine: emphysematous pyelonephritis. *N Engl J Med* 1999; 341:737.