

Eine viszerale und/oder periphere Malperfusion kann – wie im vorliegenden Fall – auch nach technisch unproblematischem Eingriff auftreten und eine interventionelle oder chirurgische Behandlung erfordern. Die langfristige Nachsorge in einer spezialisierten Sprechstunde ist von grosser Wichtigkeit, um Spätprobleme rechtzeitig zu erkennen und allenfalls zu behandeln.

Literatur

- 1 David TE, Armstrong S, Ivanov J, Feindel C, Omran A, Webb G. Results of aortic valve-sparing operations. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2001; 122:39–46.
- 2 Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. *Eur Heart J.* 2001; 22:1642–81.

Korrespondenz:

Prof. Thierry Carrel
 Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie
 Inselspital
 CH-3010 Bern
thierry.carrel@insel.ch

- 3 Farhat F, Durand M, Bousset L, Sanchez I, Villard J, Jegaden O. Should a reimplantation valve sparing procedure be done systematically in type A aortic dissection? *Eur J Cardiothorac Surg.* 2007;31:36–41.
- 4 Fazel SS, David TE. Aortic valve-sparing operations for aortic root and ascending aortic aneurysms. 2007;22:497–503.

QUIZ

Des brûlures à la miction?

Isabelle Amrhein Helg, Antonella Zanetti

Klinik Medizin, Kantonsspital Bruderholz

Remarque préliminaire de la part de la rédaction:

«Yes, we can change», même si ce n'est que peu dans le cas présent. Certains lecteurs nous ont fait savoir que la présentation des cas en deux fois, à savoir leur description dans un numéro et leur discussion dans le suivant, ne leur paraissait pas très judicieuse. Nous avons donc décidé de faire figurer désormais ces deux éléments dans le même numéro. La description du problème est suivie d'une ou deux questions dont le seul but est d'inciter nos lectrices et lecteurs à trouver eux-mêmes la solution. La réponse et les commentaires qui s'y rapportent se trouvent dans une des pages suivantes.

Une femme de 29 ans en bonne santé habituelle, mère de deux enfants, consulte sa gynécologue en raison de brûlures à la miction, associées à une discrète pollakiurie. Une suspicion d'infection urinaire fait instaurer une antibiothérapie à base de ciprofloxacine. Quelques jours plus tard, suite à la persistance des troubles, on procède à une adaptation du traitement avec passage d'abord à la norfloxacine, puis à la co-amoxicilline. La patiente est aussi adressée aux gynécologues, qui constatent une rétention urinaire avec 500 ml d'urine résiduelle dans la vessie. La patiente refuse dans un pre-

mier temps la mise en place d'un cathéter à demeure. Mais lors du contrôle du lendemain, on constate à nouveau la présence d'un résidu urinaire important. La patiente se plaint cette fois de douleurs dans les régions lombaire et fessière, nouvellement apparues, ainsi que d'une perte de sensibilité dans les deux jambes avec dysesthésies au niveau de la plante des deux pieds. Adressée au service de médecine, elle signale que son nouveau partenaire souffre d'un herpès génital connu. L'examen clinique révèle des lymphadénopathies inguinales bilatérales, mais la patiente est par ailleurs en bon état général et afebrile. L'examen gynécologique est également normal, comme le stipule le rapport de pré-hospitalisation. Le status neurologique met en évidence, outre le trouble de vidange de la vessie, une zone d'hypoesthésie de L5 à S3 («culotte de cheval»), les plantes des pieds étant hypersensibles, alors que l'examen de la force, les réflexes des membres inférieurs, ainsi que le reste du status neurologique, sont sans particularités.

Quel diagnostic posez-vous?

Réponse à la page 556