

## Hématome spontané sous capsulaire du rein d'origine non tumorale (à propos de cinq cas)

Abdellatif BENCHEKROUN, Mohammed ALAMI, Mohammed GHADOUANE, Elhassane KASMAOUI,  
Mohamed MARZOUK, Mohamed FAIK

*Clinique Urologique A, Hôpital Avicenne, CHU Rabat, Maroc*

### RESUME

**L'hématome spontané sous-capsulaire (HSC) du rein est une situation rare. Les étiologies sont dominées par les tumeurs du rein dans plus de 50% des cas. La néphrectomie est justifiée en présence d'une tumeur ou en cas d'hémorragie non contrôlée. Quand l'étiologie n'est pas retrouvée, l'idéal est de proposer un suivi par des clichés de tomodensitométrie focalisés sur le rein du côté de l'HSC. Les auteurs rapportent 5 observations d'HSC du rein, dont un anévrisme rétro-pyélique et un cas de périartérite noueuse. Deux fois l'étiologie n'était pas déterminée. L'intervention chirurgicale a été proposée pour les 5 cas. La néphrectomie fut pratiquée 3 fois et une évacuation simple de l'hématome fut réalisée 2 fois.**

*Mots clés : Hématome sous-capsulaire du rein, tumeurs du rein, périartérite noueuse.*

L'hématome spontané sous-capsulaire du rein (HSC) est une pathologie rare. Les étiologies sont dominées par les tumeurs malignes ou bénignes du rein. Les autres causes sont : les anomalies vasculaires, les désordres inflammatoires et les troubles de l'hémostase [1]. Si le diagnostic positif ne pose pas de problèmes, l'étiologie reste parfois difficile à préciser malgré les investigations plus poussées. Les auteurs rapportent 5 cas d'HSC colligés sur ces 20 dernières années.

### OBSERVATION N°1

H.A..., âgée de 11 ans, ayant des antécédents de valvulopathie rhumatismale, était admise en urgence le 29 janvier 1979 pour hématurie avec état de choc. L'examen montrait une patiente en mauvais état général, apyrétique, avec pâleur cutanéomuqueuse. Il n'y avait pas de signes d'insuffisance cardiaque. Le reste de l'examen était normal.

Le bilan biologique montrait : une créatininémie à 12mg/l, urémie à 0,25g/l, hémoglobinémie à 6g/100ml, hémocrite à 21%. L'urographie intraveineuse montrait un rein gauche normal, et un rein droit augmenté de taille, avec un retard de sécrétion et des signes de compression intrinsèque. L'artériographie rénale sélective avait montré un anévrisme d'une branche de l'artère rétro-pyélique droite intraparenchymateuse de 1,5 cm de diamètre entouré d'une image lacunaire au

temps parenchymateux correspondant vraisemblablement à des caillots intrarénaux avec infarctus des deux tiers du rein (Figure 1). L'échographie et la tomodensitométrie n'étaient pas disponibles à l'époque.

Devant l'absence d'amélioration de l'état hémodynamique de la patiente une intervention chirurgicale était nécessaire. Une lombotomie passant par le 11ème espace intercostal droit était pratiquée. On découvrait un hématome sous capsulaire avec une nécrose tissulaire étendue rendant illusoire la tentative de conservation du rein. Une néphrectomie était réalisée. L'examen anatomopathologique de la pièce montrait des plages de nécroses pré-pyéliques et médullaires avec une coque fibreuse et une discrète néphrite interstitielle adjacente. L'évolution à court et à long terme était favorable.

### OBSERVATION N°2

A.E..., âgé de 22 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, était admis en urgence le 15 janvier 1982 pour douleur lombaire aiguë droite et état de choc. L'examen montrait une hypotension artérielle, un

Manuscrit reçu : février 2000, accepté : janvier 2001.

Adresse pour correspondance : Pr. A. Benchekroun, Clinique Urologique A, Hôpital Avicenne, CHU Rabat, Maroc.  
e-mail : benchekamtas.com

pouls filant, des conjonctives décolorées; l'abdomen était tendu, sensible au niveau du flanc droit. Une ponction lavage péritonéale réalisée était non concluante. Après mise en condition du patient, une exploration chirurgicale par une voie d'abord type Baraya était pratiquée. On avait découvert un HSC de 3 litres de sang en provenance d'une nécrose intéressant le pôle inférieure du rein. Devant l'importance du saignement une néphrectomie était réalisée. Les suites postopératoires étaient simple. L'examen macroscopique montrait une pièce de néphrectomie de 150 grammes présentant une zone hémorragique de siège polaire inférieur d'environ 2,5 cm de diamètre. L'examen histologique était non concluant. Six mois après, le patient était hospitalisé dans un service de médecine pour paraplégie. Une biopsie musculaire avait montré des images histologiques en faveur d'une périartérite noueuse. Le malade était mis sous corticothérapie à la dose de 1mg/Kg pendant 6 mois. L'évolution était favorable durant la première année ayant suivi l'intervention. Le patient était perdu de vue après cette date.

### OBSERVATION N°3

H.A..., âgé de 68 ans, ayant des antécédents d'hypertension artérielle traitée, était hospitalisé le 16 février 1984. Il présentait une douleur de l'hypochondre droit, des vomissements, un syndrome subocclusif. L'examen montrait, un patient en mauvais état général avec dyspnée superficielle. L'abdomen était ballonné et tendu, mais le transit était audible. Il existait une matité des bases thoraciques.

La radiographie pulmonaire avait objectivé un épanchement pleural bilatérale. L'abdomen sans préparation n'avait pas montré de niveaux hydroaériques. Le bilan biologique avait mis en évidence une hyperleucocytose à 26000/mn<sup>3</sup>, une insuffisance rénale (urée à 0,75g/l) une réserve alcaline à 18 meq/l. Devant ce tableau le diagnostic de pancréatite aigue avait été évoqué. L'amylasémie était de 120 UI/100 ml et l'amylasurie de 345UI/100 ml. La tomodynamométrie sans injection du produit de contraste avait montré un rein droit de volume normal entouré d'une masse de densité liquidienne évoquant un HSC (Figure 2). Une lombotomie droite était pratiquée. L'ouverture de la loge permettait l'issue de caillot de sang organisé très important. L'exploration des surfaces du rein montrait l'existence de deux petites excavations au niveau du pôle supérieure correspondant vraisemblablement à la rupture de deux kystes. Devant l'arrêt du saignement et l'absence d'autres lésions visibles on décidait de conserver le rein. Les suites postopératoires étaient simples. L'évolution à long terme était favorable avec un recul de deux ans.

### OBSERVATION N°4

H.N..., âgé de 28 ans, était suivi dans un service de néphrologie pour une insuffisance rénale terminale sur une glomérulonéphrite membrano-proliférative idiopathique, pour laquelle il bénéficiait de séances d'hémodialyse chronique depuis 8 ans. Le 1er mai 1998 le patient avait présenté une lombalgie droite, une fièvre et une hématurie importante. Le bilan biologique montrait une CRP à 48 mg/l sans hyperleucocytose; l'hémoculture était négative. L'échographie abdominale avait mis en évidence de multiples kystes rénaux droit et gauche, le Doppler rénale n'avait pas montré de thrombose des veines rénales. La tomodynamométrie sans injection du produit de contraste avait montré un processus tumoral au dépend du rein droit avec des images de nécrose (Figure 3).

Le patient était opéré par une voie antéro-latérale passant par le 11ème espace intercostal droit. Il s'agissait d'un énorme hématome rétro-péritonéale en rapport avec le rein. La néphrectomie était réalisée (Figure 4). Les suites postopératoires immédiates étaient simples. L'examen histologique avait mis en évidence un infarctus rénal étendu avec thrombose vasculaire hilare et absence d'élément tumoral. Le patient suit régulièrement ses séances de dialyse.

### OBSERVATION N°5

B.M..., âgé de 45 ans, sans antécédents pathologiques, était admis aux urgences le 8 octobre 1997 pour insuffisance rénale sévère associée à une anémie. L'examen trouvait un patient en mauvais état général avec une pâleur cutanéomuqueuse. La palpation découvrait une masse de l'hypochondre droit donnant le contact lombaire. Le bilan biologique montrait une fonction rénale très altérée (142 mg/l de créatine et 3,36g/l d'urée) une anémie (l'hémoglobine à 6g/100ml). L'échographie rénale avait objectivé une masse tumorale du rein droit avec un petit rein gauche pyélonéphrétique chronique. La tomodynamométrie sans injection du produit de contraste avait confirmé la présence de cette masse qui contient des plages de nécrose (Figure 5). Le patient était opéré par une lombotomie droite. On avait découvert un important hématome périrénal qui a été évacué et une biopsie rénale était réalisée dont l'examen histologique parlait d'une néphrite chronique non spécifique. Le patient était décédé dans un tableau d'acidose grave.

### DISCUSSION

L'hématome spontané sous capsulaire du rein est une affection rare et de causes variables. La première des-



cription aurait été faite par WUNDERLECH cité par KENDALL en 1856 [5].

La symptomatologie clinique est dominé par les douleurs lombaires, d'installation brutale avec une chute de l'hématocrite et des signes d'hypotension [4, 5]. Dans les cas typiques est réalisée la triade de Lenk: douleurs lombaires, signes d'hémorragie, masse rétropéritonéale(2); mais ce tableau est loin d'être fréquent. Souvent du fait du saignement insidieux, il existe des douleurs vague abdominale ou du flanc avec fibricule [5, 9]. Cependant une hématurie accompagné d'une masse du flanc doit attirer l'attention vers le rein [8, 9]. Les signes d'atteinte systémique doivent être recherchés [4].

Le diagnostic d'HSC du rein peut être suspecté par l'échographie lorsqu'elle montre que: l'hématome est de caractère liquidien, le rein en contact de la collection est bien identifié, le bord du rein au contact de la collection est aplatie [2, 3, 4, 6]. Cependant il est difficile de différencier une masse solide et une collection sanguine fraîche surtout en dehors d'un contexte clinique évocateur; plus l'HSC est frais et plus il est échogène [6].

L'apport du scanner est fondamental dans le diagnostic de cette affection. L'HSC apparaît sur les images sans contraste de même densité que le parenchyme rénal et se confond avec l'ombre de celui-ci qui est plus ou moins augmentée et déformée, entourée par la graisse périre nale [4]. Après injection du produit de contraste, l'opacification du parenchyme rénal et de la capsule précise la topographie de l'hématome dont la densité ne se rehausse pas [4]. Les scanners que nous avons pratiqués ne comportaient pas d'injection de produit de contrast. Ceci nous a posé un problème diagnostique dans nos observations. Les anévrismes ne sont visibles au scanner que lorsqu'ils sont volumineux [2, 8]. Le scanner permet également d'étudier, avec précision, le parenchyme rénal au contact de l'hématome à la recherche d'une éventuelle étiologie : tumeur rénale ou malformation vasculaire. La tumeur peut cependant passer inaperçue lorsque son volume est faible [6]. L'artériographie (échographie et scanner non disponible) a permis le diagnostic dans un cas (observation n°1). Elle doit être proposée quand le saignement est actif. La résonance magnétique nucléaire est plus performante que le scanner dans le diagnostic des petites tumeurs [5, 6].

Les étiologie des HSC du rein sont multiples. Les tumeurs du rein en sont responsable dans 50% des cas (adénocarcinomes et angiomyolipomes) [4]. Les autres étiologies sont représentées par les malformations vasculaires, les troubles de l'hémostase, les hémorragies intrakystiques d'origine tumorale ou spontanées rompues secondairement en sous-capsulaire et enfin les angeites nécrosantes représentées surtout par la périartérite noueuse (PAN) en rapport avec la rupture de

microanevrismes [1, 3, 4, 9]. L'atteinte rénale au cours de la PAN est très fréquente. La PAN est responsable d'une nécrose fibrinoïde des vaisseaux avec formation de microanevrismes susceptibles de se rompre entraînant un hématome périre nale ou sous-capsulaire [4]. dans 20% des cas, l'hématome sous-capsulaire reste sans étiologie [4, 5]. Nous avons rapporté cinq observations d'HSC du rein d'origine non tumorale. Un anévrisme rétopyelique était responsable dans un cas ; une hémorragie intrakystique était incriminée dans un cas; la périartérite noueuse était la cause du saignement dans un autre cas; deux fois l'étiologie n'était pas déterminée.

Lorsque l'HSC du rein survient chez un patient sous anticoagulants, il faut être vigilant et rechercher une cause organique à cette hémorragie. Parfois malgré les examens invasifs et même après étude histologique minutieuse des pièces de néphrectomie totale, l'HSC reste sans cause évidente. Certains auteurs pensent qu'une petite tumeur pourrait être à l'origine de l'hématome; elle se serait infarctée par la pression exercée par l'HSC.

L'attitude thérapeutique reste controversée. la néphrectomie élargie est la solution devant un HSC secondaire à une tumeur du rein. En matière d'HSC survenant chez des hémodialysés, et en l'absence de cause identifiée, la plupart des auteurs sont conservateurs [6, 7]. Nous avons réalisé la néphrectomie dans 3 cas. Une simple évacuation de l'hématome était pratiquée chez deux malades. D'autres auteurs, notamment KENDALL [5] et BAGLEY [1] préfèrent une néphrectomie devant tout HSC du rein d'étiologie non évidente, en raison de la fréquence des cancers sous-jacents. Tous nos patients étaient opérés. Les trois néphrectomies avaient fait suite à une intervention motivée par l'état hemodynamique du patient (cas 1, 2, 4). L'observation 3 était la seule où les données du scanner étaient confirmées par l'exploration opératoire. Les cas 4 et 5 avaient fait suspecter une masse tumorale ou hématome périre nal; L'absence d'image avec contraste est tenue pour responsable dans cette discordance diagnostique : scanner - exploration dans ces deux derniers cas.

Le traitement est conditionné par l'état clinique et par les résultats du scanner. Devant un patient en état de choc, l'exploration chirurgicale ou l'artériographie à visé thérapeutique avec embolisation artérielle sont indiqués [11]. Quand l'état hémodynamique du malade est stable on propose un scanner avec des coupes fines du parenchyme rénal [10, 11]. S'il ne montre pas de tumeur rénale une artériographie rénale sélective doit être effectué pour détecter une anomalie vasculaire qui pourrait être éventuellement réparée. Si l'étiologie reste inconnue, le scanner doit être répétée jusqu'à résorption de l'hématome. Nous pensons que cette attitude est plus sage, surtout lorsqu'il s'agit d'une cause vasculaire et

notamment lors d'une PAN dont les lésions peuvent être bilatérales. Cependant la durée de surveillance du rein et de l'hématome par la TDM n'est pas encore établie et la résorption de l'hématome n'est pas toujours possible surtout devant un hématome volumineux. L'évacuation d'un hématome important est souhaitable même devant l'absence de tumeur rénale, pour éviter l'abcédation et les phénomènes compressifs aussi bien par l'hématome que par la fibrose rétropéritoneale qu'il pourrait produire, conduisant à la perte de la fonction du rein.

### CONCLUSION

L'HSC du rein pose le problème du diagnostique étiologique. La néphrectomie reste l'issue la plus probable du fait de l'évolution clinique et/ou des incertitudes étiologiques. L'attitude conservatrice, ne pas opérer, ou ne pas faire la néphrectomie est à envisager devant un HSC, les tumeurs ne représentant que 50% des étiologies.

### REFERENCES

1. BAGLEY D. H., FELDMAN R. A., GLAZIER W., TANRIG A. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage from renal carcinoma. J.A.M.A., 1982, 248 : 720-721.
2. BELVILLE J.S., MARGENTALER A., LANGHLIN K.R., TUMEH S.S. Spontaneous perinephric and subcapsular renal hemorrhage: Evaluation with CT, US, and arteriography. Radiology, 1989, 172, 733-738.
3. CONRAD M.R., FREDMAN M., WEINER C., EREEMAN C., SANDER R.C. Sonography of the kidney. Urology, 1986, 116: 292-296.
4. HAJRI M., NJEH M., KARRAY M.S., SELLEM S., BOUSSEN K. BENMAIZ H., AYED M. Hématome spontané sous-capsulaire du rein au cours d'une périartérite noueuse. Prog. Urol., 1993, 3, 816-820.
5. KENDALL A.R., SENA .B.A., COLL M.E. Spontaneous subcapsu-

lar renal hematoma: diagnostic and management. J.Urol 1987, 139: 246-250.

6. NJEH M., ELOUEKDI M., MHIRI C., BENMILED K., ZERMANI R., HAMZA R., AYED M. Hématome spontané sous-capsulaire du rein. Ann. Urol., 1991, 25 :221-223.
7. PAK K., TOMOYOSHI T., NISHIMURA N. Spontaneous subcapsular renal hematoma in a patient undergoing hemodialysis. J. Urol., 1986, 135, 117-119.
8. PODE D., CAINE M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. J.Urol., 1992, 147, 311-318.
9. YIGLA M., VARDI Y. Spontaneous subcapsular renal hematoma: Urol. Int., 1991 47:87-89.
10. ZAGARIA R.J., DYER R.B., ASSIMOS D.G. SCHARLING E.S., QUINN S.F. Spontaneous perinephric hemorrhage: Imaging and management. J. Urol., 1991, 145 : 468-471.
11. ZUCKERMAN E., MISELEVITCH I., EISENBERG D., MANASSA R., YESHURUN D. Spontaneous perinephric hemorrhage in a middle-aged diabetic woman. J. Urol., 1994, 151 : 977-979.

---

### SUMMARY

#### **Spontaneous non-neoplastic subcapsular haematoma of the kidney. Report of five cases.**

*Spontaneous subcapsular haematoma (SCH) of the kidney is a rare condition, secondary to kidney tumours in more than 50% of cases. Nephrectomy is justified in the presence of tumour or uncontrolled haemorrhage. When the aetiology cannot be determined, thin-slice CT follow-up of the patient's kidney can be performed. The authors report 5 cases of SCH of the kidney. A retroperitoneal aneurysm was responsible for the haematoma in one case; polyarteritis nodosa was the cause of bleeding in another case and the aetiology could not be determined in two cases. All patients were managed surgically. Nephrectomy was performed in 3 cases and simple evacuation of the haematoma was performed in 2 cases.*

*Key-Words: Spontaneous subcapsular haematoma of the kidney, renal tumours, polyarteritis nodosa.*