

Un syndrome confusionnel isolé après l'ostéosynthèse d'une fracture fémorale révélant une embolie graisseuse

Vibol Chhor, Ségolène Robin, Frank Thomas, Didier Journois

Reçu le 30 septembre 2015
Accepté le 11 octobre 2015
Disponible sur internet le :

Hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris Descartes, département d'anesthésie-réanimation, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

Correspondance :

Vibol Chhor, hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris Descartes, département d'anesthésie-réanimation, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France.
vchhor@invivo.edu

Mots clés

Embolie graisseuse
Confusion
Polytraumatisme
Périopératoire
Fracture fémorale

Keywords

Fat embolism
Delirium
Trauma
Perioperative complications
Femur fracture

■ Résumé

Un patient de 22 ans est admis pour un polytraumatisme sans traumatisme crânien suite à un accident de 2-roues. Il a présenté un syndrome confusionnel 24 heures après une ostéosynthèse d'une fracture de la diaphyse fémorale. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a retrouvé des images diffuses en pluie d'étoiles (« *starfield* »), caractéristiques du diagnostic d'embolie graisseuse cérébrale. Ce cas clinique a permis de mettre en évidence le rôle primordial de l'IRM pour confirmer le diagnostic et éliminer d'autres diagnostics différentiels dans un contexte post-traumatique.

■ Summary

An isolated delirium after a femur fracture fixation revealing fat embolism

A 22-year-old man, admitted after a motorcycle accident with no brain trauma, presented with an isolated delirium, one day after his femur fracture fixation. Diagnosis of cerebral fat embolism was made using magnetic resonance imaging (MRI), which displayed a typical "starfield" pattern. This report highlights the major role of MRI to confirm this syndrome and to rule out other neurological complications in a traumatic context.

Introduction

L'embolie graisseuse est une complication connue après fracture des os longs [1] avec une incidence de 0,9 % jusqu'à 11 % dans les études les plus convaincantes [2,3] et un taux de mortalité d'environ 10 % dans ces vieilles séries de patients.

Les embolies graisseuses surviennent généralement à la suite du traumatisme initial et/ou durant l'alésage médullaire de l'ostéosynthèse de ces fractures. Le tableau clinique comporte une variété de signes cutanés, respiratoires, neurologiques et hématologiques. Nous rapportons le cas clinique d'un patient

polytraumatisé de 22 ans avec une présentation neurologique isolée après une embolie graisseuse.

Cas clinique

Un patient de 22 ans était hospitalisé pour un accident de 2-roues sans traumatisme crânien ni perte de connaissance. Son score de Glasgow était à 15 et son bilan lésionnel retrouvait une luxation de l'épaule gauche, une fracture de la vertèbre lombaire L1 sans déficit neurologique et une fracture diaphysaire fermée droite du fémur traitée par un enclouage centromédullaire au premier jour. Le jour suivant, le patient était agité et confus avec un score de Glasgow à 13 mais aucun signe cutané ou respiratoire. Le patient était apyrétique, avec une fréquence cardiaque de 90 b/min, une pression artérielle à 115/75 mmHg et n'était pas hypoxémique. Le bilan biologique retrouvait une thrombopénie à $125000/\text{mm}^3$, une anémie à 7,8 g/dL et une créatinine sérique à 59 $\mu\text{mol/L}$ avec une diurèse conservée. Un scanner corps entier fait le même jour n'objectivait pas d'anomalies aux étages cérébral et thoracique. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale au 3^e jour ne retrouvait aucun signe de dissection ou de thrombose ni anomalie sur la séquence T2 en écho de gradient, éliminant une hémorragie. Cependant, il existait plusieurs signaux hyperintenses en séquence de diffusion (DWI) et en séquence T2, dans la substance blanche et grise, compatible avec un aspect en pluie d'étoiles (« *starfield pattern* ») et conduisant au diagnostic d'embolie graisseuse cérébrale

(figures 1 et 2). Une échocardiographie transthoracique avec injection de microbulles a exclu la présence d'un foramen ovale perméable. Le patient a finalement récupéré spontanément sans séquelles avec une disparition des symptômes neurologiques au 4^e jour.

Discussion

L'intervalle entre le traumatisme, l'ostéosynthèse de la fracture et les symptômes cliniques est compatible avec une embolie graisseuse qui est une complication fréquente après une fracture de la diaphyse fémorale [1]. Cependant, le tableau clinique associe fréquemment des signes cutanés et/ou respiratoires et seuls de rares cas se retrouvent avec des signes neurologiques isolés [4-6].

Un syndrome confusionnel isolé à la suite d'un traumatisme peut soulever des préoccupations au sujet de lésions cérébrales post-traumatiques retardées même si le scanner cérébral à l'admission était normal [7]. En outre, une tomodensitométrie cérébrale normale peut faussement rassurer les cliniciens alors que l'IRM, si elle était faite en même temps, pourrait retrouver des lésions [8]. Chez notre patient, le scanner cérébral a permis d'exclure des lésions hémorragiques, mais cet examen n'est pas capable d'apporter des preuves pour le diagnostic d'embolie graisseuse. Aussi, l'IRM est indispensable pour éliminer un diagnostic différentiel tel que des lésions axonales diffuses ou des micro-infarctus surtout quand l'histoire clinique n'est pas typique. L'IRM permet de conclure au diagnostic d'embolie

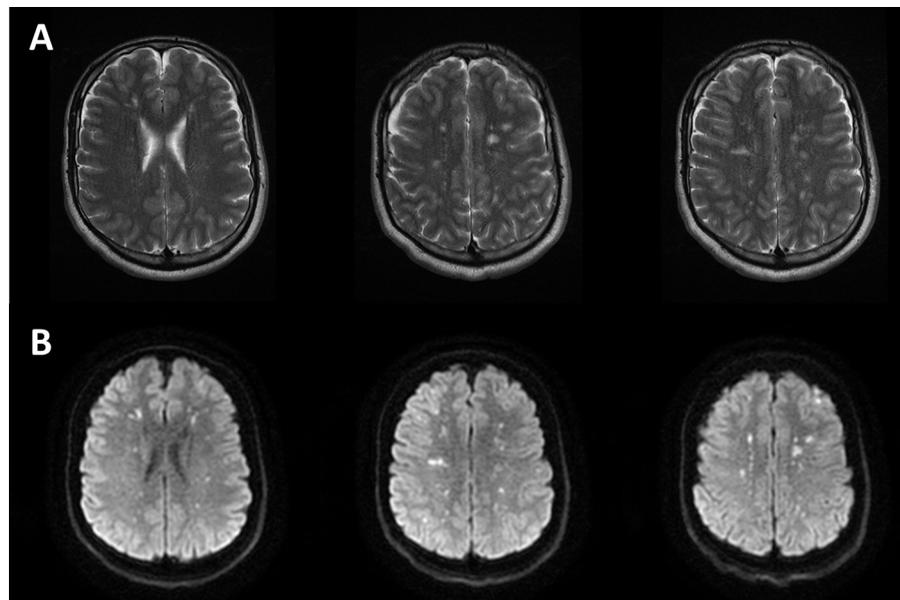


FIGURE 1

Séquences axiales IRM pondérées en T2 (A) et IRM de diffusion (B) 2 jours après ostéosynthèse du fémur. L'IRM retrouve de multiples signaux punctiformes hyperintenses en T2 (A) ou en restriction de diffusion (B) dans la substance blanche et grise des 2 hémisphères cérébraux (« *starfield pattern* »)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2743998>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2743998>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)