

Cas clinique

## Découverte tardive chez un patient de réanimation d'une perforation de la veine cave supérieure par un cathéter veineux sous-clavier

### Delayed discovered in an ICU patient of a superior vena cava perforation after subclavian-venous catheterization

P. Rosamel<sup>a,\*</sup>, S. Debord<sup>a</sup>, M. Penigaud<sup>b</sup>, M. Chambost<sup>a</sup>, V. Jault<sup>a</sup>, C. Combe<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de réanimation, centre hospitalier de Villefranche-sur-Saone, 69400 Gleize, France

<sup>b</sup> Service de radiologie, centre hospitalier de Villefranche-sur-Saone, 69400 Gleize, France

Reçu le 7 novembre 2005 ; accepté le 19 juin 2006

Disponible sur internet le 28 septembre 2006

#### Résumé

Complication rare du cathétérisme veineux central, la perforation survient principalement chez l'enfant. Elle est alors précoce et s'accompagne d'une symptomatologie bruyante. Nous rapportons un cas de perforation de la veine cave supérieure asymptomatique et de découverte retardée chez une adulte, après la mise en place d'un cathéter par voie sous-clavière, mise en évidence au décours d'une injection de produit de contraste iodé pour tomographie.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

Perforation is a central venous catheterization complication mainly observed in children. Usually, patients develop sudden shock early after catheterization. We report an asymptomatic and delayed superior vena cava perforation after subclavian venous adult catheterization discovered by contrast injection tomography.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Voie veineuse centrale ; Complications ; Perforation

*Keywords*: Central venous catheter; Complications; Perforation

#### 1. Introduction

L'utilisation d'une voie veineuse centrale (VVC) en réanimation est courante et relève de nombreuses indications [1]. Cette utilisation n'est pas sans risques et de multiples complications peuvent survenir [1–3]. Les perforations vasculaires et extravasations sont des complications rares (1,8 %) mais parfois graves (tamponnade) [4–6]. Les perforations sont, le plus fréquemment, le fait de la ponction (d'où une symptomatologie précoce et bruyante) alors que les érosions de la paroi vasculaire

laire sont plus rares (d'où une évolution lente et à bas bruit). Nous rapportons le cas d'une perforation de la veine cave supérieure (VCS) de découverte retardée après cathétérisation de la veine sous-clavière gauche.

#### 2. Observation

Une patiente de 66 ans, pesant 96 kg, aux antécédents d'hypertension artérielle, de diabète de type 2 et d'une d'hypothyroïdie substituée par lévothyroxine, était hospitalisée en réanimation pour pancréatite aiguë nécrotique d'origine alcoolique. Il s'agissait d'une pancréatite aiguë grave puisque la patiente se présentait avec un score de Ranson de 6 (5 à

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [prosamel@aol.com](mailto:prosamel@aol.com) (P. Rosamel).

l'admission et 1 à 48 heure) ce qui correspondait à une mortalité attendue de 15 à 40 %. Le score de Baltazar était de 8 (4 + 4) correspondant à une nécrose comprise entre un tiers et un demi du pancréas. Son score IGS II était de 42.

Par ailleurs, elle ne présentait pas d'autres complications de son éthylisme. En particulier, il n'existait ni cirrhose, ni insuffisance hépatocellulaire, ni de signes de fragilité capillaire (pas de télangiectasies ni d'angiomes stellaires). La biologie objectivait une coagulation normale. La patiente bénéficiait d'une prophylaxie de la thrombose veineuse profonde par HBPM. Un monitoring invasif par pression artérielle sanglante et voie veineuse centrale avait été jugé nécessaire. Ces cathétérisme veineux centraux avaient été insérés par technique de Seldinger, sans aide échographique puis surveillés régulièrement par radiographies thoraciques (cathéter triple lumière ; Certofix® Trio V 720. BRAUN).

Une première VVC était insérée par voie fémorale à j1, une deuxième par voie sous-clavière droite à j8, la troisième était posée par voie sous-clavière gauche à j33 et une quatrième par voie sous-clavière droite à j45. Les gestes étaient réalisés à distance de l'injection de HBPM et sans difficultés particulières malgré la surcharge pondérale (ponction unique, descente aisée du guide, aucun trouble du rythme).

L'histoire clinique de la patiente avait été marquée par la survenue d'une pneumopathie et surtout la formation d'un volumineux pseudokyste du pancréas (18 cm × 10 cm × 13 cm) situé à la racine du mésentère et englobant le tronc cœliaque ainsi que la veine mésentérique supérieure. Ce dernier avait justifié une surveillance régulière par tomographie abdominale avec injection de produit de contraste iodé (PCI). Cent millilitres de PCI avaient été injectés avec un débit maximum de 2 ml/s à chaque injection.

Lors d'un nouveau contrôle tomographique thoracoabdominale à j45 (12 jours de cathétérisme sous-clavière gauche), l'injection avait été réalisée sur la voie centrale malgré l'absence de reflux sanguin franc et une légère résistance à

l'injection notée ce jour là dans le service de réanimation où il était décidé de changer la VVC pour un accès sous-clavier droit. La radiographie de contrôle (Fig. 1) montrait une hyperdensité spontanée hilare droite correspondant à une stase de produit de contraste injecté trois heures auparavant. La relecture des différentes iconographies réalisées montrait la position correcte du cathéter sous-clavier gauche (Fig. 2A) et l'absence d'anomalie de diffusion préexistante à l'insertion de celui-ci (Fig. 2B). L'imagerie réalisée à j39 mettait en évidence un retrait spontané de l'extrémité du cathéter jusqu'à la jonction du tronc veineux brachio-céphalique et de la veine cave supérieure (Fig. 3A) avec extravasation du produit de contraste dans le péricarde (Fig. 3B). Enfin la tomographie de j45 (Fig. 4) montrait une diffusion intramédiastinale antérosupérieure droite extrapéricardique et extrapleurale.

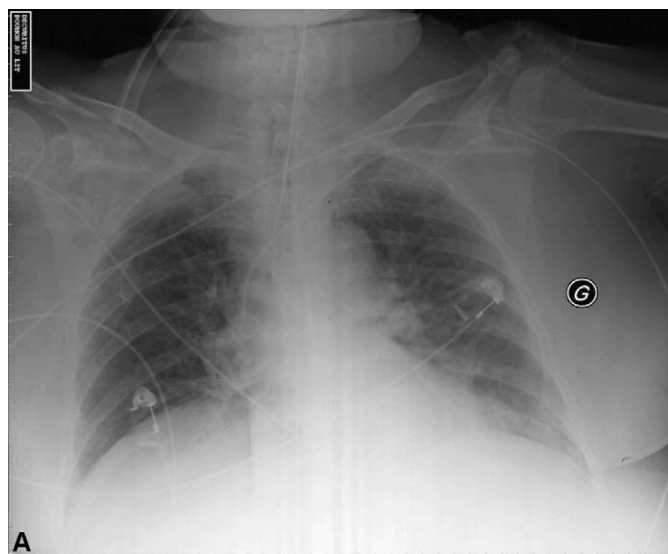


Fig. 2A. Radiographie pulmonaire de face. Voie veineuse sous-clavière gauche en place.



Fig. 2B. Scanner thoracique coupe en D4 à j29. Opacification normale.

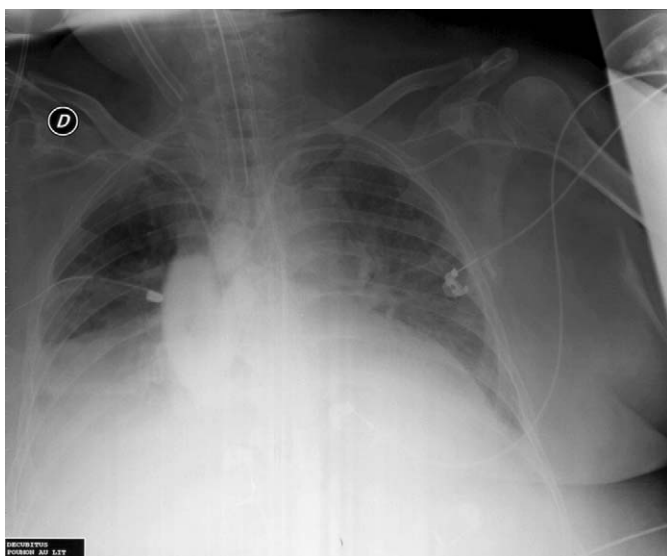


Fig. 1. Radiographie pulmonaire de face à j45 (contrôle voie veineuse sous-clavière droite).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747039>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747039>

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