

Cas clinique

Syndrome de Lemierre avec pneumonie nécrosante assistée avec succès par épuration extracorporelle de CO₂

Lemierre's syndrome from necrotizing pneumonia treated with extracorporeal CO₂ removal

V. Blasco^{*}, M. Leone, F. Xeridat, J. Albanèse, C. Martin

Département d'anesthésie et de réanimation, CHU de Nord, chemin des Bourrely, 13915 Marseille cedex 20, France

Reçu le 22 mars 2007 ; accepté le 7 janvier 2008

Disponible sur Internet le 7 mars 2008

Résumé

Nous rapportons un cas de syndrome de Lemierre avec embolies pulmonaires septiques abcédés compliqué d'une pneumonie nécrosante hypoxémiant. Malgré la mise en œuvre d'une antibiothérapie adaptée et d'une ventilation protectrice, le patient présentait des pneumothorax bilatéraux itératifs qui étaient drainés. Dans ce contexte, une hypoxémie réfractaire à la ventilation conventionnelle se développait conduisant à deux arrêts cardiaques hypoxiques récupérés après exsufflation. Une assistance respiratoire extracorporelle était alors réalisée et cela pour une durée de 34 jours. Le patient était ensuite sevré de la ventilation mécanique et sortait pour le service de chirurgie thoracique après 83 jours de réanimation.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We report a case of Lemierre's syndrome complicated with pulmonary septic abscesses, leading to necrotizing pneumonia. In spite of administration of appropriate antibiotics and a protective ventilation strategy, the patient had several bilateral pneumothoraces. In this setting, the mechanical ventilation was unsuccessful leading to two hypoxia-related cardiac arrests. An extracorporeal CO₂ removal was then carried out for 34-days duration. The patient was weaned from mechanical ventilation on day 68. He was then transferred to the chest surgery unit on day 83.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Syndrome de Lemierre ; Oxygénation extracorporelle ; Pneumonie nécrosante ; Abcés ; *Fusobacterium necrophorum* ; Thrombophlébite ; Hypoxémie réfractaire ; L'épuration extracorporelle de CO₂ (ECCO₂R)

Keywords: Lemierre's syndrome; Extracorporeal membrane oxygenation; Necrotizing pneumonia; Abscesses; *Fusobacterium necrophorum*; Thrombophlebitis; Hypoxemia; Extracorporeal CO₂ removal (ECCO₂R)

1. Introduction

Le syndrome de Lemierre a été décrit pour la première fois en 1936 [1]. Son diagnostic repose sur l'association d'une infection primaire oropharyngée, d'une bactériémie documentée, d'une thrombose veineuse jugulaire interne avec la présence d'au moins un foyer d'embolies septiques [2,3].

L'agent microbiologique pathogène le plus souvent incriminé est *Fusobacterium necrophorum* [2,4]. L'infection oropharyngée s'étend à la veine jugulaire interne, soit directement à partir des tissus du cou, soit par les vaisseaux oropharyngés ou les voies lymphatiques [2,5]. La thrombophlébite de la veine jugulaire interne induit un sepsis grave avec embolies septiques. Tous les organes sont des cibles potentielles, les poumons constituant le site privilégié [5].

Nous rapportons ici un cas de syndrome de Lemierre compliqué d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë évoluant vers une hypoxémie réfractaire. L'échec de la prise

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : valeryblasco@lavache.com (V. Blasco).

en charge conventionnelle conduisait à poser l'indication d'une assistance respiratoire extracorporelle (ARE) pour une durée de 34 jours.

2. Observation

L'histoire clinique commençait par la consultation aux urgences d'un garçon âgé de 16 ans sans antécédent. Il présentait une angine de Vincent évoluant depuis cinq jours avec odynophagie, trismus et cervicalgie. Une antibiothérapie était débutée et le patient était hospitalisé en service de maladies infectieuses.

L'évolution était défavorable à la quarante-huitième heure d'hospitalisation avec apparition d'un sepsis grave, d'une dyspnée hypoxémiante et de douleurs abdominales. Une tomodynamométrie cervicale et thoracoabdominopelvienne injectée individualisait un phlegmon amygdalien à gauche avec thrombophlébite de la veine jugulaire interne homolatérale et des abcès pulmonaires bilatéraux. Le diagnostic d'angine de Vincent compliqué d'un syndrome de Lemierre était posé. De plus, quatre hémocultures étaient positives à bacille à Gram négatif anaérobie. À distance, l'identification par biologie moléculaire retrouvait *Fusobacterium necrophorum*.

Le patient était alors transféré en réanimation en état de choc septique avec défaillance hémodynamique, respiratoire, rénale et hématologique. L'antibiothérapie par pipéracilline plus tazobactam et métronidazole était poursuivie. Un traitement par protéine C activée était prodigué.

Cinq heures après son admission en réanimation, la dyspnée hypoxémiante évoluait vers un tableau de détresse respiratoire nécessitant l'intubation orotrachéale et la mise en route d'une assistance ventilatoire. À j4, l'état respiratoire devenait préoccupant avec évolution vers une pneumonie nécrosante

compliquée de pneumothorax itératifs par rupture des abcès dans la plèvre. Le drainage thoracique permettait le retour à la paroi de la plèvre avec, cependant, persistance de bulles disséminées aux deux plages pulmonaires.

À j15, la situation devenait critique. Le patient présentait deux arrêts cardiaques hypoxiques récupérés après exsufflation et mise en place de deux drains thoraciques supplémentaires à droite et à gauche. Cela améliorait temporairement la situation. La ventilation mécanique devenait inefficace et délétère avec des pressions de plateau à 55 cmH₂O, une hypoxémie réfractaire associée à une hypercapnie majeure (Tableau 1). L'indication d'une ARE était alors portée. Le dispositif veineveineux comprenait une canule fémorale droite drainant le sang désoxygéné de l'oreillette droite, une pompe générant la force d'entraînement, un oxygénateur à membrane et une canule fémorale gauche permettant le retour du sang oxygéné et décarboxylé vers la veine fémorale gauche du patient. Sur le plan pratique, trois paramètres étaient contrôlés par l'équipe médicochirurgicale : le débit de la pompe, la fraction inspirée d'oxygène et le débit de balayage appliqué à l'oxygénateur. Le réglage de ces trois paramètres détermine respectivement, le débit du sang, le degré d'oxygénation et d'épuration du CO₂ au niveau de la membrane pulmonaire artificielle extracorporelle (Tableau 1). L'ARE veineveineuse mise en place par l'équipe de chirurgie cardiaque normalisait l'hématose. Elle permettait l'application d'une ventilation minimale avec des pressions de plateau à 25 cmH₂O réduisant ainsi le stress mécanique (Tableau 1). Elle nécessitait cependant une anticoagulation à dose curative (temps de céphaline activée à deux fois le témoin). La Fig. 1 illustre l'évolution des lésions pulmonaires au cours du séjour en réanimation.

À j35, un hémithorax gauche compressif compliquait l'évolution. Après tomodynamométrie thoracique, un décaillotage pleural était réalisé au bloc opératoire où un saignement

Tableau 1
Principaux événements respiratoires survenus au cours du séjour en réanimation

	j1	j15	j15 ECCO ₂ R (h + 1)	j49	j83
Ventilation					
Type	Spontanée	Contrôlée	Contrôlée	Aide inspiratoire	Spontanée
Interface	Masque	Trachéotomie	Trachéotomie	Trachéotomie	Lunette
FIO ₂	0,8	1	0,4	0,6	0,25
FR (c/min)	49	25	10	17	25
VT (ml)	NA	350	250	370	NA
PEEP (cmH ₂ O)	NA	2	2	2	NA
Pression de plateau (cmH ₂ O)	NA	55	25	NA	NA
ECCO₂R					
Débit de la pompe (l/min)	NA	NA	4	1	NA
FIO ₂			0,6	0,4	
Débit du balayage			maximum	minimum	
Hématose					
pH	7,42	7,18	7,51	7,5	7,48
PaCO ₂ (mmHg)	35	105	46	39	37
PaO ₂ (mmHg)	51	34	107	76	89
SaO ₂ (%)	88	61	99	98	98
Modification thérapeutique					
	Ventilation contrôlée	Mise en place de l'ECCO ₂ R		Sevrage de l'ECCO ₂ R	

PEEP : pression expiratoire positive, ECCO₂R : épuration extracorporelle de CO₂.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747072>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747072>

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