

Cas clinique

Rupture trachéale après intubation oro-trachéale en réanimation

Tracheal rupture after oro-tracheal intubation in intensive care

D. Hayi-Slayman^{a,*}, M. Page^a, A. Ben Cheikh^b, F. Christin^a, C.-E. Ber^a, T. Rimmelé^a

^aDépartement d'anesthésie-réanimation, pavillon P réanimation, hôpital Edouard-Herriot, 5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex, France

^bFédération de radiologie, hôpital Edouard-Herriot, 5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex, France

Reçu le 9 octobre 2006 ; accepté le 15 mars 2007

Disponible sur internet le 18 avril 2007

Résumé

Nous rapportons un cas de rupture trachéale iatrogène faisant suite à une intubation oro-trachéale réalisée en urgence. Le patient de 78 ans avait été admis en réanimation pour détresse respiratoire sur pneumopathie nosocomiale hypoxémiant à j21 d'une chirurgie de l'aorte abdominale. Il présentait comme principal antécédent une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) post-tabagique. Immédiatement après avoir été intubé, on notait l'apparition d'un emphysème sous-cutané cervical évoquant le diagnostic de plaie trachéobronchique. Un scanner thoracique confirmait rapidement ce diagnostic. L'évolution était malheureusement défavorable. Nous rappellerons ici les facteurs de risque, les signes cliniques et radiologiques ainsi que le traitement de cette complication rare mais gravissime de l'intubation.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We report a case of an iatrogenic tracheal rupture following an endotracheal intubation. The 78-year-old patient was admitted to the intensive care unit because of an acute respiratory failure related to a severe nosocomial pneumonia occurring 21 days after an abdominal aorta surgery. His main antecedent was a cigarette smoke-induced chronic obstructive pulmonary disease. Immediately after being intubated, a traumatic tracheobronchial rupture was suspected because of the sudden appearance of cervicothoracic subcutaneous emphysema. A thoracic computed tomography with multiplanar reformations confirmed the diagnosis and the evolution was unfortunately rapidly unfavourable. Risk factors, clinical and radiological aspects, and management of this rare but serious complication of endotracheal intubation will be discussed.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Plaie trachéobronchique ; Intubation oro-trachéale ; Emphysème sous-cutané ; Pneumomédiastin ; Reconstructions multiplanaires

Keywords : Tracheobronchial rupture; Endotracheal intubation; Subcutaneous emphysema; Pneumomediastinum; Computed tomography with multiplanar reformations

1. Introduction

Les plaies trachéobronchiques iatrogènes restent une complication rare de l'intubation oro-trachéale. L'incidence rapportée dans la littérature médicale est de l'ordre de 0,05 à 0,19 % des intubations mais ces chiffres proviennent de cas cliniques et de séries de faible collectif [1–3]. En l'absence d'étude épidémiologique de grande envergure, ces chiffres sont donc discutables, probablement au-dessus de la réalité. La mortalité de

cette complication semble en revanche élevée, atteignant parfois 42 % toujours sur ces petites séries de patients [1–3]. Elle peut concerner plusieurs techniques de contrôle des voies aériennes supérieures (sonde d'intubation simple ou double lumière, trachéotomie percutanée) [1,4,5]. L'anamnèse, les signes cliniques et la radiographie pulmonaire sont fondamentaux mais la plupart du temps non spécifiques. Ils doivent néanmoins faire mettre en route rapidement les explorations complémentaires, qui confirmeront le diagnostic et guideront la thérapeutique. La prise en charge doit être rapide, le délai diagnostic d'une plaie trachéobronchique étant un facteur pronostic important [6].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : D.hayislayman@gmail.com (D. Hayi-Slayman).

Nous rapportons un cas de rupture trachéale faisant suite à une intubation orotrachéale réalisée en urgence pour insuffisance respiratoire aiguë.

2. Observation

Un homme de 78 ans, BPCO post-tabagique et coronarien, mesurant 1,65 m pour 55 kg était opéré en urgence d'une fission d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénal. Le patient était transféré en réanimation pour surveillance post-opératoire. La durée de ce premier séjour en réanimation était de dix jours en raison d'un sevrage difficile en amines et la nécessité de séances de ventilation non invasive (VNI) dans les suites de son extubation. La durée d'intubation lors de ce séjour en réanimation était donc de trois jours avec contrôle biquotidien de la pression du ballonnet de la sonde d'intubation (pression inférieure à 30 cmH₂O). Le patient était transféré dans le service de chirurgie vasculaire au dixième jour post-opératoire. Au 21^e jour, il devenait brutalement dyspnéique dans un contexte d'hyperthermie à 38,5 °C. La radiographie pulmonaire retrouvait des opacités pulmonaires diffuses. Un angio-scanner spiralé éliminait une embolie pulmonaire proximale et retrouvait un important infiltrat en verre dépoli touchant l'ensemble des deux poumons accompagné de fines réticulations. Le diagnostic de pneumopathie infectieuse nosocomiale hypoxémiant était posé et une nouvelle hospitalisation en réanimation était décidée.

À l'admission, le patient était en détresse respiratoire. Une participation cardiogénique à cette décompensation respiratoire était éliminée par une échographie cardiaque sans anomalie majeure. Une antibiothérapie associant pipéracilline-tazobactam et amikacine était débutée ainsi que des séances de VNI. Le patient s'épuisait rapidement et une intubation orotrachéale était donc réalisée en urgence (induction à séquence rapide par voie veineuse : étomidate 20 mg, chlorure de suxaméthonium 60 mg) avec une sonde de diamètre 7,5 mm. Un anesthésiste-réanimateur expérimenté réalisait le geste sans difficulté (Cormack 1), sans mandrin d'intubation. L'extrémité distale de la sonde était placée à 21 cm de l'arcade dentaire inférieure et le ballonnet gonflé à l'aide d'un manomètre à 25 cmH₂O. Le patient était alors très difficilement ventilable avec une absence de murmure vésiculaire gauche à l'auscultation et une désaturation à 70 sous 100 % de FIO₂. Le bon positionnement de la sonde d'intubation était contrôlé sous laryngoscopie et la sonde était finalement fixée à 24 cm de l'arcade dentaire inférieure et le ballonnet regonflé à 25 cmH₂O. Le patient redevenait ventilable (volume courant à 480 ml, fréquence respiratoire à 15 c/min, PEP à 3 cmH₂O et FIO₂ à 60 %) avec une saturation supérieure à 90 % et une auscultation symétrique.

Brutalement, un emphysème sous-cutané apparaissait au niveau cervical et thoracique antérieur. La radiographie pulmonaire réalisée rapidement retrouvait l'emphysème sous-cutané mais mettait également en évidence un pneumomédiastin sans pneumothorax visible. Le scanner thoracique (General Electric lightspeed™ 32 barrettes) montrait des signes indirects de rupture (emphysème sous-cutané étendu et pneumomédiastin) ainsi qu'une solution de continuité de la paroi postérieure tra-



Fig. 1. Scanographie thoracique : coupe axiale de 1,25 mm en fenêtre parenchymateuse.

Tête de flèche noire : déformation du ballonnet de la sonde d'intubation associée à une rupture de la paroi trachéale postérieure ; tête de flèche blanche : emphysème sous-cutané ; flèche pleine blanche : pneumomédiastin.

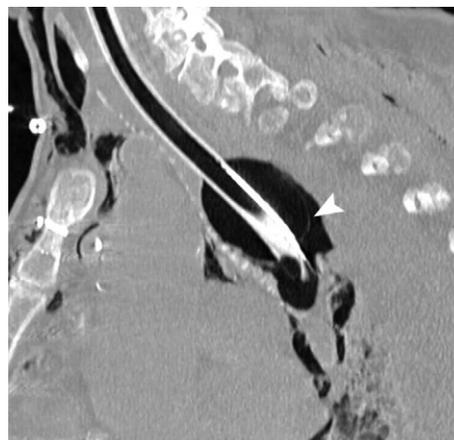


Fig. 2. Scanographie thoracique en fenêtre parenchymateuse : reconstruction dans le plan de la sonde d'intubation (sagittal oblique) en rendu MIP (*maximum intensity projection*) de 3,5 mm.

Tête de flèche : visualisation de la paroi postérieure du ballonnet de la sonde d'intubation par rupture de la paroi postérieure trachéale.

chéale, étendue sur 3 cm, associée à une déformation du ballonnet de la sonde d'intubation (Figs. 1 et 2). Ce signe direct confirmait la plaie trachéale. Un avis chirurgical était demandé en urgence mais le patient décédait rapidement d'un arrêt cardiocirculatoire hypoxique suite à une nouvelle désaturation brutale.

3. Discussion

Les plaies trachéobronchiques iatrogènes représentent une complication rare des intubations [2,3]. Cette complication est grave puisque la mortalité peut atteindre 42 % des cas dans certaines séries [1–3]. Différents facteurs de risque sont rapportés dans la littérature tels que le sexe féminin [4], l'altération de l'état général [4,7], le diabète insulino-dépendant [4], l'intubation en urgence [1,2], de multiples tentatives d'intubation [1,8], le surgonflage du ballonnet de la sonde d'intubation [1], l'utilisation d'un guide rigide pour réaliser le geste [4,9–11], une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747717>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747717>

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