



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Embolie pulmonaire proximale bilatérale sans hypoxémie associée. À propos d'un cas



Bilateral proximal pulmonary embolism without associated hypoxemia. Case report

M. Bahloul^{a,*}, K. Chtara^a, O. Turki^a, M.M. Kammoun^a,
W. Bouaziz^b, M. Bouaziz^a

^a Service de réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

^b Service d'orthopédie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Reçu le 17 janvier 2017 ; accepté le 30 juin 2017

Disponible sur Internet le 31 août 2017

MOTS CLÉS

Embolie pulmonaire proximale ;
Polytraumatisme ;
Hypoxémie

Résumé

Introduction. — L'embolie pulmonaire est une complication classique des patients en réanimation. Le retentissement gazométrique de l'embolie pulmonaire est complexe et caractérisé par une hypoxémie secondaire aux perturbations des rapports ventilation/perfusion. Nous rapportons un cas d'embolie pulmonaire proximale et bilatérale sans hypoxémie associée à la gazométrie. L'angioscanner thoracique a été demandé devant une fièvre inexplicée avec une enquête infectieuse négative. Nous discutons par la suite les mécanismes de l'absence d'hypoxémie chez ce patient.

Cas clinique. — Il s'agit d'un patient âgé de 43 ans, sans antécédents pathologiques notables, admis en réanimation pour prise en charge d'un polytraumatisme suite à un accident de la voie publique. Durant son séjour en réanimation, il a développé une embolie pulmonaire proximale et bilatérale sans signes d'hypertension de l'artère pulmonaire ni hypoxémie associée. Son évolution ultérieure a été favorable.

Discussion. — Cette observation confirme que l'embolie pulmonaire proximale bilatérale peut être associée avec des échanges gazeux normaux. L'absence d'hypoxémie pourrait être expliquée par la bilatéralité de l'embolie pulmonaire avec égalisation des rapports ventilation/perfusion des deux côtés. D'autre part, le phénomène de bronchoconstriction sera bilatéral expliquant le maintien d'un rapport ventilation/perfusion stable des deux côtés.

* Auteur correspondant. Service de réanimation médicale, hôpital Habib Bourguiba, route El Ain Km 1, 3029 Sfax, Tunisie.
Adresse e-mail : bahloulmab@yahoo.fr (M. Bahloul).

KEYWORDS

Proximal pulmonary embolism;
Polytrauma;
Hypoxemia

Conclusion. – La présence d'une fièvre inexpliquée chez un patient polytraumatisé, malgré l'absence d'hypoxémie, doit faire penser au diagnostic de l'embolie pulmonaire fibrino-cruorique.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. – Pulmonary embolism is a classic complication in intensive care. It is characterized by hypoxemia secondary to perturbed ventilation/perfusion ratios. We report a case of proximal and bilateral pulmonary embolism that occurred without associated hypoxemia. A spiral computed tomography (CT) scan was performed to explore unexplained fever in a patient with a negative infectious investigation. We discuss the mechanisms underlying the absence of hypoxemia in this patient.

Clinical case. – A 43-year-old patient with no significant pathological history was admitted to intensive care for the management of multiple injuries following a road accident. During resuscitation, the patient developed a proximal and bilateral pulmonary embolism without signs of hypertension of the pulmonary artery or associated hypoxemia. The patient improved under treatment.

Discussion. – This case shows that bilateral proximal pulmonary embolism may be associated with normal gas exchange. The absence of hypoxemia could be explained by the bilateral nature of the pulmonary embolism that led to balanced ventilation/perfusion ratios on both sides. Furthermore, bronchoconstriction was bilateral, explaining the maintenance of a stable ventilation/perfusion ratio on both sides.

Conclusion. – The presence of unexplained fever in a victim of multiple trauma, despite the absence of hypoxemia, suggests the diagnosis of pulmonary embolism.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'embolie pulmonaire est une complication classique des patients en réanimation [1].

La survenue d'une complication thromboembolique est favorisée par l'association de trois facteurs : la stase veineuse, la lésion endothéliale et l'hypercoagulabilité [1]. De plus, la réaction inflammatoire intense associée au polytraumatisme potentialise l'effet de ces facteurs et augmente le risque de complication thromboembolique [1–4]. La conséquence est une oblitération brutale de l'artère pulmonaire ou de ses branches de division, entraînant des conséquences hémodynamiques et respiratoires. Le retentissement gazométrique de l'embolie pulmonaire est complexe et caractérisé par une hypoxémie secondaire aux perturbations des rapports ventilation/perfusion. Cette hypoxémie, bien qu'elle puisse être absente en cas d'embolie pulmonaire distale, est plus profonde en cas d'embolie pulmonaire proximale [1–4]. Nous rapportons un cas d'embolie pulmonaire proximale et bilatérale sans hypoxémie associée à la gazométrie. Nous discutons par la suite les mécanismes de l'absence de l'hypoxémie chez ce patient.

Observation

Un homme de 43 ans, sans antécédents pathologiques notables, était admis en réanimation, pour prise en charge

d'un polytraumatisme suite à un accident de la voie publique.

Le bilan lésionnel comportait un traumatisme crânien avec un score de Glasgow initial à 14/15 sans déficit moteur. Le scanner cérébral montrait une fine lame d'hématome sous-dural pariétal droit de 4 mm d'épaisseur, une hémorragie méningée de moyenne abondance, de multiples foyers de contusions œdémato-hémorragiques basi-frontaux bilatéraux confluents faisant 42 × 36 mm à droite et 22 × 16 mm à gauche et un œdème cérébral diffus (Fig. 1).

Malgré la prise en charge initiale (bonne oxygénation, stabilisation de l'état hémodynamique et traitement des facteurs d'agression cérébrale secondaire d'origine systémique (ACSOS)), l'évolution était marquée par l'aggravation de son état neurologique avec un score de Glasgow à 9/15. Le patient était intubé, ventilé et sédaté le jour même de l'accident.

Le scanner cérébral de contrôle montrait une extension de la composante œdémateuse des foyers de contusion frontale droite et une augmentation de la composante hémorragique du foyer de contusion temporal droit associée à un collapsus des cornes frontales des ventricules latéraux. Le patient était opéré en urgence. Le geste était la réalisation d'un volet décompressif, contusectomie frontale et évacuation d'un hématome sous-dural aigu. Après avoir réalisé un scanner cérébral de contrôle (H24), une anticoagulation préventive à base de HBPM était commencée (36 heures après l'admission en réanimation). Les moyens

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8924308>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8924308>

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