

Hemothorax Revelant Une Dissection De L'aorte : A Propos De Deux Cas

El yassir F., Achachi . L, Rhanim. A, El Ftouh.M, Herrak.L

Service de Pneumologie, CHU Ibn Sina, Rabat Maroc

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Med V, Rabat, Maroc

Corresponding Author: El yassir F.

Résumé : La dissection de l'aorte est une affection grave dont le tableau clinique n'est pas toujours typique, elle se complique rarement d'une pleurésie hémorragique faisant évoquer en premier lieu une pathologie pleuropulmonaire et menant à un retard diagnostique. Nous rapportons deux cas de pleurésie hémorragique sur dissection aortique. Observation n°1: Il s'agit d'un patient de 77 ans, non connu hypertendu, hospitalisé pour le bilan d'une pleurésie gauche de grande abondance, la ponction pleurale a montré un liquide hémorragique non coagulable, le diagnostic de dissection aortique type B de Stanford a été posé par la tomodynamométrie thoracique, le patient a été mis sous traitement antihypertenseur avec un recul d'un an. Observation n°2 : Il s'agit d'une patiente de 78 ans, hypertendue, prise en charge, également, d'une pleurésie gauche de moyenne abondance, la ponction pleurale a ramené un liquide hémorragique, la tomodynamométrie thoracique a conclu à une dissection de l'aorte type A de Stanford, l'indication chirurgicale a été posée mais la patiente a refusé. En guise de conclusion, devant une pleurésie hémorragique, il ne faut pas négliger les causes vasculaires en particulier une dissection aortique qui peut même être révélatrice.

Mots-clés : Hémothorax, Dissection, aorte

Date of Submission: 11-09-2019

Date of Acceptance: 28-09-2019

I. Introduction

Les pleurésies hémorragiques non traumatiques sont fréquentes et leurs étiologies sont représentées essentiellement par les pathologies pulmonaires et pleurales notamment la pathologie néoplasique primitive ou secondaire, la tuberculose et l'embolie pulmonaire. La survenue d'un hémothorax est rarement secondaire à une dissection de l'aorte (1).

Observation n°1 :

Il s'agit d'un patient âgé de 77ans, tabagique chronique, non connu hypertendu et sans tares associées, qui présentait depuis un mois une dyspnée d'installation progressive avec des douleurs thoraciques gauches, évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen clinique retrouvait un patient stable sur le plan hémodynamique avec un syndrome d'épanchement liquidien gauche. L'auscultation cardiaque était normale. La radiographie thoracique montrait une opacité occupant la totalité de l'hémichamp thoracique gauche faisant évoquer une pleurésie gauche de grande abondance avec déviation médiastinale vers le coté controlatéral (Figure 1). L'électrocardiogramme ne révélait pas d'anomalies. La biologie montrait une anémie hypochrome microcytaire (Hb=7,7g/dl) et une insuffisance rénale avec urée à 1,92g/l et créatinine à 28 mg/l. La ponction pleurale ramenait un liquide hémorragique exsudatif avec des globules rouges à 120 mille/ml et la biopsie pleurale révélait une hyperplasie mésothéliale réactionnelle. Après stabilisation du patient et correction de son anémie et de sa fonction rénale, une TDM thoracique avec injection de produit de contraste a été réalisée et a objectivé une dissection de l'aorte thoracique descendante avec individualisation d'un vrai chenal, d'un faux chenal et d'une dilatation (Figures 2 et 3). Devant la stabilisation du patient et le siège de la dissection, un traitement antihypertenseur a été indiqué avec bonne évolution clinique et un recul d'un an.

Figure 1 : Radiographie thoracique de face montrant une opacité occupant la totalité de l'hémichamp thoracique gauche faisant évoquer une pleurésie gauche de grande abondance avec déviation médiastinale vers le coté controlatéral



Figure 2 et 3: Coupes médiastinales de la tomodensitométrie thoracique objectivant une dissection de l'aorte thoracique descendante avec individualisation d'un vrai chenal, d'un faux chenal et d'une dilatation

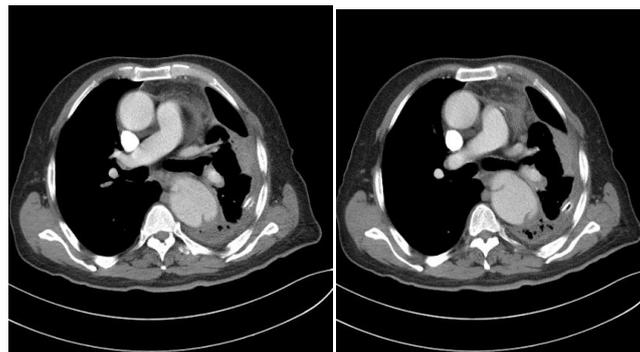


Figure 2

Figure 3

Observation n°2 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 78ans, hypertendue non stabilisée sous traitement, sans habitudes toxiques, qui présente depuis quinze jours une dyspnée s'aggravant progressivement avec des douleurs thoraciques gauches, évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen clinique retrouvait une patiente stable sur le plan hémodynamique avec un syndrome d'épanchement liquidien gauche, l'auscultation cardiaque a objectivé un souffle diastolique aux foyers mitral et aortique. La radiographie thoracique montrait une opacité des deux tiers supérieurs de l'hémichamp thoracique gauche de tonalité hydrique associée à une saillie du bouton aortique (Figure 4). L'électrocardiogramme objectivait une extrasystole supraventriculaire avec aspect de bloc de branche gauche incomplet. La biologie montrait une anémie normochrome normocytaire (Hb=10g/dl). La ponction pleurale ramenait un liquide hémorragique exsudatif avec un taux de globules rouges supérieur à 100 mille/ml. La TDM a objectivé un anévrysme fusiforme de l'aorte thoracique ascendante (Figure 5). L'indication chirurgicale a été posée mais la patiente l'a refusée.

Figure 4 : Radiographie thoracique montrant une opacité des deux tiers supérieurs de l'hémichamp thoracique gauche de tonalité hydrique associée à une saillie du bouton aortique



Figure 5 : Coupe médiastinale de la tomodensitométrie thoracique objectivant TDM un anévrysme fusiforme de l'aorte thoracique ascendante



II. Discussion

L'épanchement pleural liquidien est défini par la présence dans l'espace pleural d'une quantité anormale du liquide pleural (1).

Les pleurésies hémorragiques sont caractérisées par la présence d'un liquide pleural hémattique ou sérohémattique non coagulable (1). Elles représentent entre 12,6 et 29% des pleurésies. Leurs étiologies, en dehors du contexte traumatique, sont multiples avec prédominance du cancer (surtout métastatique) et de la tuberculose, suivies de l'embolie pulmonaire et des troubles hématologiques. L'origine demeure indéterminée dans certains cas (2,3). La survenue d'une pleurésie hémorragique secondaire à une dissection de l'aorte est relativement rare, elle est estimée à 10 à 20% des cas (4,5).

La dissection de l'aorte est définie par un clivage longitudinale de la couche médiale de la paroi aortique à l'origine d'un faux chenal constitué par l'irruption du sang entre les deux couches de la média (6). C'est une affection grave dont le pronostic dépend du siège de la porte d'entrée. Elle touche le sexe masculin dans plus des 2/3 des cas avec une moyenne d'âge de 60 ans (+/-14ans) (7). Elle est favorisée essentiellement par l'hypertension artérielle non stabilisée sous traitement (8).

Cliniquement, la survenue d'une douleur thoracique de caractère migrateur est décrite dans 90% des cas, toutefois, elle peut être absente dans le reste des cas, ce qui conduit à un retard diagnostique dans près de 30% des cas (7,9).

La radiographie standard du thorax peut montrer une modification de la silhouette aortique (élargissement médiastinal) (10), une anomalie du contour aortique et plus rarement un épanchement pleural situé dans la majorité des cas dans la cavité pleurale gauche vue sa proximité de l'aorte (11,12,13).

La tomodensitométrie avec injection de produit de contraste demeure l'examen de choix pour poser le diagnostic positif, pour éliminer les diagnostics différentiels (que constituent les anévrysmes athéromateux ou post traumatiques) et pour orienter la prise en charge. Elle permet de mettre en évidence la dilatation aortique ainsi que l'individualisation de deux lumières séparées par un flap intimal. Cette technique permet également d'apprécier l'existence d'une insuffisance aortique, d'un hématome ou d'un épanchement pleural ou péricardique (7).

Le traitement de la dissection de l'aorte dépend du siège de la porte d'entrée. Il relève d'un traitement médical (traitement antihypertenseur) lorsque la dissection touche l'aorte descendante (Stanford B ou De Bakey III) en l'absence de toute complication, alors qu'une chirurgie en urgence s'avère nécessaire lorsqu'il s'agit d'une atteinte de l'aorte ascendante (Stanford A ou De Bakey I et II) (14).

Dans nos observations, la notion d'hypertension artérielle a été retrouvée chez le deuxième cas et la douleur thoracique gauche a été notée chez les deux cas. L'épanchement pleural gauche a été constaté lors du bilan initial et le diagnostic a été porté par la TDM thoracique avec injection de produit de contraste.

Chez le premier cas, il s'agissait d'une dissection aortique type B de Stanford et type III De Bakey (sans complication notable) relevant d'un traitement médical, alors que l'indication chirurgicale a été posée chez le deuxième cas puisqu'il s'agissait d'une dissection aortique type A de Stanford et type II De Bakey.

III. Conclusion

La rupture de vaisseau intrathoracique dans la cavité pleurale, bien que rare, demeure un diagnostic qu'il faut évoquer devant toute pleurésie hémorragique surtout chez le sujet âgé même en l'absence de symptômes classiques.

References

- [1]. P. Magro , M. Ferrandiere , E. Hazouard , E. Lemarie, A. Rabbat *Diagnostic des pleurésies (hors cancer), Revue des Maladies Respiratoires; 21, N° 6 - décembre 2004, pp. 1191-119*
- [2]. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with Thoracic Aortic Disease. *Circulation* 2010;121:e266–369
- [3]. Ramanath VS, Oh JK, Sundt TM, III, et al. Acute aortic syndromes and thoracic aortic aneurysm. *Mayo Clinic proceedings. Mayo Clin Proc* 2009;84:465–81
- [4]. Gandelman G, Barzilay N, Krupsky M, Resnitzky P. Left pleural hemorrhagic effusion. A presenting sign of thoracic aortic dissecting aneurysm. *Chest.* 1994;106(2):636–8
- [5]. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher E, et al. The international Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA* 2000;283:897–903.
- [6]. Kieffer E, Fabiani J-N. *Chirurgie des dissections aortiques.* In : Kieffer E, Fabiani J-N, eds. Paris : AERCV, 2002.
- [7]. Emmanuel Lansac, Isabelle Di Centa *Dissection aortique de type A Urgences vasculaires Sang Thrombose Vaisseaux* 2005 ; 17, n° 10 : 603-8
- [8]. Golledge J, Eagle KA, « Acute aortic dissection » *Lancet*, 2008;372:55-66
- [9]. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease , *JAMA*, 2000;283:897-903
- [10]. Von Kodolitsch Y, Nienaber CA, Dieckmann C et al. Chest radiography for the diagnosis of acute aortic syndrome , *Am J Med*, 2004;116:73-77
- [11]. Isselbacher EM. Thoracic and abdominal aortic aneurysms. *Circulation* 2005;111:816—28.
- [12]. Langin T, Kelkel PE, Villemot D. Hemothorax gauche, complication d'une fissuration d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante. *Rev Mal Respir* 1994;11:74—6
- [13]. Hata N, Tanaka K, Imaizumi T, Ohara T, Ohba T, Shinada T, Takano T. Clinical significance of pleural effusion in acute aortic dissection. *Chest.* 2002;121(3):825–30
- [14]. Alan C. Braverman, MD Aortic dissection: Prompt diagnosis and emergency treatment are critical .*Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2011 October;78(10):685-696

El yassir F.. “ Hemothorax Revelant Une Dissection De L'aorte : A Propos De Deux Cas.”
IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), vol. 18, no. 9, 2019, pp 54-57.