

Hémothorax révélateur d'un hématome intra-mural de l'aorte: à propos d'un cas rare

El khachine imane (1), El fathi soufiane, Loudiyi sara, Benali , Tiresse nabil,
Asri hanane, Mzouri S, Souhi H, El ouazzani H, Rhorfi A.

Service de pneumologie
Hopital Militaire Mohamed V de rabat Maroc

Résumé

L'hématome intra-mural de l'aorte est une pathologie rare, faisant partie du spectre des syndromes aortiques aigus. Sa rupture dans la cavité pleurale constitue une complication exceptionnelle, engageant le pronostic vital. Nous rapportons le cas d'un patient de 54ans, sans antécédents médicaux notables, admis pour une douleur thoracique droite avec dyspnée d'effort. L'imagerie thoracique initiale a révélé un épanchement pleural droit et la ponction pleurale a ramené un liquide hémorragique. L'angioscanner a mis en évidence un volumineux hématome intra-mural de l'aorte descendante, rompu dans la cavité pleurale. L'évolution a été rapidement fatale, marquée par une hémoptysie massive et un état de choc hémorragique, conduisant au décès malgré une prise en charge intensive. À travers cette observation, nous soulignons la gravité de cette entité rare, son mode de révélation atypique, et l'importance d'un diagnostic précoce.

Mots-clés

Hémothorax, Hématome intra-mural, Aorte thoracique, Rupture aortique.

Date of Submission: 14-06-2025

Date of Acceptance: 28-06-2025

I. Introduction

L'hémothorax est défini par la présence, dans la cavité pleurale, de liquide hémattique avec une hématoctrite supérieure ou égale à 50 % de celle observée dans la circulation sanguine [1,2]. La majorité des hémothorax sont post-traumatiques, mais ils peuvent également compliquer toute technique invasive thoracique ou survenir dans le cadre de troubles de l'hémostase ou encore lors de certaines pathologies pleuro-pulmonaires (tumeur pleurale maligne, embolie pulmonaire, pleurésie tuberculeuse) [1,2]. La rupture de vaisseaux intra-thoraciques, telle qu'un hématome intra-mural de l'aorte, dans la cavité pleurale est beaucoup plus rare, avec un diagnostic souvent retardé en raison de symptômes non spécifiques, et l'évolution peut être rapidement fatal [3]. Nous rapportons à travers cette observation un cas rare d'hémothorax massif révélant un hématome intra-mural de l'aorte thoracique descendante rompu dans la cavité pleurale.

II. Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 54 ans, tabagique actif à raison de 20 cigarettes/jour depuis 30 ans, sans antécédents pathologiques notables et sans notion de traumatisme thoracique. Il a été admis dans notre structure pour la prise en charge d'une douleur thoracique droite.

L'histoire clinique remontait à environ trois mois, marquée par l'apparition progressive d'une dyspnée d'effort classée stade II selon l'échelle mMRC, associée à une toux sèche chronique et à une douleur basithoracique droite.

À l'examen clinique, le patient était eupnéique au repos, avec une fréquence respiratoire de 18 cycles par minute et une saturation en oxygène à 96 % à l'air ambiant. Sur le plan hémodynamique, il était stable avec une fréquence cardiaque et une tension artérielle normales. L'examen pleuropulmonaire retrouvait un syndrome d'épanchement liquidien en basithoracique droit.

La radiographie thoracique montrait une opacité homogène de tonalité hydrique occupant la moitié inférieure de l'hémichamp thoracique droit, à limite supérieure concave vers le haut, en faveur d'une pleurésie.

Une ponction pleurale a été réalisée, ramenant un liquide hémorragique, avec une hématoctrite > 50% de l'hématoctrite sanguine, évoquant un hémothorax (Figure 1).



Figure 1 : Aspect hémorragique du liquide de la ponction pleurale évoquant un hémothorax.

Un angioscanner thoraco-abdomino-pelvien a mis en évidence un épanchement pleural droit de grande abondance, un épanchement pleural gauche de faible abondance, ainsi qu'une volumineuse formation pariétale de la face interne de l'aorte thoracique descendante, s'étendant sur 16 cm de long et mesurant 8 x 5,2 cm (axe antéropostérieur x transverse), en communication avec les deux cavités pleurales. L'ensemble évoquait un hématome intra-mural de l'aorte descendante rompu dans la cavité pleurale (Figure 2).

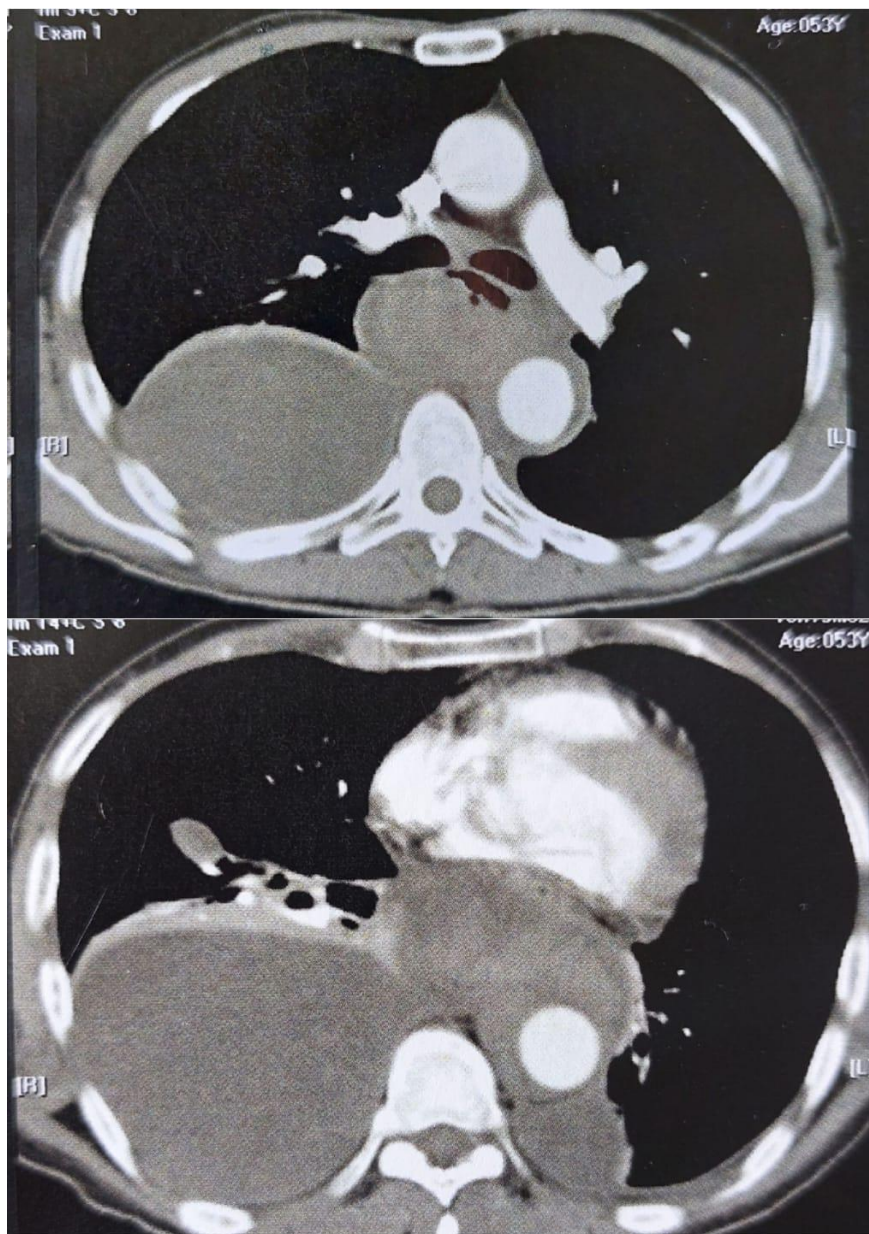


Figure 2: Angioscanner révélant un hématome intra-mural de l'aorte descendante rompu dans la cavité pleurale. Cinq jours après son admission, l'évolution a été marquée par l'installation d'une hémoptysie foudroyante incontrôlable, évoluant rapidement vers un état de choc hémorragique et une instabilité clinique sur le plan hémodynamique et respiratoire, nécessitant son transfert en unité de réanimation. Malgré une prise en charge intensive, le patient est décédé 48 heures plus tard, des suites des complications hémorragiques liées à la rupture de l'hématome intra-mural aortique.

III. Discussion

L'hématome intramural (HIM) de l'aorte est une entité pathologique entrant dans le spectre des « syndromes aortiques aigus » (SAA) avec la dissection aortique (DA) et l'ulcère athéromateux pénétrant (UAP) [3]. C'est une entité rare mais grave, représentant environ 10 à 25 % des syndromes aortiques aigus [4].

L'HIM de l'aorte se caractérise par une hémorragie au sein de la paroi aortique, en l'absence initiale de rupture évidente de l'intima [5]. Sa présentation clinique est souvent similaire à celle d'une dissection aortique : douleur thoracique ou dorsale brutale, parfois associée à des signes d'instabilité hémodynamique.

L'hémothorax est une complication redoutable de l'HIM de l'aorte, suite à une suffusion hématique à travers l'adventice [3]. Dans notre observation, l'hémothorax a constitué le mode de révélation initial. Cette manifestation est extrêmement inhabituelle et traduit la rupture de l'hématome dans la cavité pleurale. De rares cas ont été rapportés dans la littérature, soulignant la gravité du tableau et le pronostic souvent défavorable [4,5].

Le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie. L'angio-CT scan est l'examen de référence. Les critères scanographiques sont définis « par la présence d'un espace fortement hypodense au niveau de la paroi aortique, en forme de segment localisé ou en croissant, sans renforcement après injection de produit de contraste, mais avec un déplacement central des calcifications intimes » [6]. La tomodensitométrie est l'examen le plus fréquemment utilisé, amenant au diagnostic d'IMH [7]. Dans notre cas, l'angioscanner a permis d'identifier un volumineux hématome intra-mural étendu, avec rupture dans les deux cavités pleurales, avec suspicion d'une fistule oesophagienne.

Le traitement dépend de la localisation et de la stabilité clinique du patient. Les formes descendantes stables peuvent être initialement traitées médicalement avec un contrôle strict de la pression artérielle. Cependant, en cas de complications (rupture, extension rapide, fistule, hémorragie), une prise en charge chirurgicale ou endovasculaire s'impose en urgence [8].

Chez notre patient, l'évolution rapide et sévère vers une hémoptysie massive, conduisant rapidement à un état de choc hémorragique fatal, n'a pas permis de recourir à une chirurgie salvatrice. Ce cas illustre la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un transfert rapide en centre spécialisé dès la suspicion d'un HIM compliqué. Toutefois, le pronostic de ce type de présentation reste sombre.

IV. Conclusion

Le cas présenté met en évidence l'hémothorax comme mode de révélation exceptionnel d'un hématome intra-mural de l'aorte thoracique. Le diagnostic repose sur l'imagerie en urgence, en particulier l'angioscanner thoracique. La prise en charge doit être précoce, multidisciplinaire, et souvent chirurgicale en cas de complication. Le pronostic reste sombre en cas de retard diagnostique ou d'évolution hémorragique aiguë. Ce cas souligne l'importance de penser aux syndromes aortiques aigus devant tout hémothorax non traumatique.

Références bibliographiques

- [1]. Mazen SA, Michael FG, Leslie BM, Marvin DP, Chittur AS. Right-sided hemothorax: an uncommon manifestation of type B aortic dissection (descending aortic dissection). *Chest* 2004;126:958.
- [2]. Bousnina S, Zendaï I, Marniche K, Racil H, Kachboura S, Megdiche ML, Chabbou A. Hémothorax gauche, mode de révélation d'une dissection aortique. *Rev Pneumol Clin*. 2007 Avr;63(2):119–22. doi:10.1016/S0761-8417(07)90113-3.
- [3]. Paolucci M, Van Damme H, Boesmans E, Desiron Q, Defraigne JO. Hématome intramural aortique de type A : une entité clinique sous-évaluée. *J Med Vasc*. 2018 Mai;43(3):206–12. doi:10.1016/j.jdmv.2018.03.004.
- [4]. Evangelista A, Mukherjee D, Mehta RH, et al. Acute intramural hematoma of the aorta: a mystery in evolution. *Circulation*. 2005;111(8):1063–1070. doi:10.1161/01.CIR.0000156444.26393.80
- [5]. Ganaha F, Miller DC, Sugimoto K, et al. Prognosis of aortic intramural hematoma with and without penetrating atherosclerotic ulcer: a clinical and radiological analysis. *Circulation*. 2002;106(3):342–348. doi:10.1161/01.cir.0000022164.26075.5a
- [6]. S. Mohr-Kahaly, R. Erbel, P. Kearney, M. Puth, J. Meyer. Aortic intramural hemorrhage visualized by transesophageal echocardiography: findings and prognostic implications *JACC*, 23 (1994), pp. 658-664
- [7]. P.G. Hagan, C.A. Nienaber, E.M. Isselbacher, D. Bruckman, S.J. Karavite, P.L. Russman, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*, 283 (2000), pp. 897-903
- [8]. Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection. *Lancet*. 2015;385(9970):800–811. doi:10.1016/S0140-6736(14)61005-9