

Une embolie pulmonaire : vraiment ?

 cardiologie-pratique.com/journal/article/0026374-embolie-pulmonaire-vraiment

November 6, 2017

Philippe MEURIN, Les Grands Prés, Villeneuve-Saint-Denis

Madame P., 68 ans, consulte (pour la première fois) en semi-urgence pour une dyspnée qui s'aggrave assez rapidement depuis 1 semaine environ.

Anamnèse et examen clinique

Ses principaux antécédents sont une plastie valvulaire mitrale il y a 6 ans, une HTA et une bronchique chronique post-tabagique (50 paquets-années, non sevrée) peu invalidante.

À l'examen, elle est apyrétique, polypnéique, mais il n'y a pas de détresse respiratoire ni de cyanose, ni d'hippocratisme digital ; la SaO₂ est égale à 89 %, la pression artérielle est mesurée à 170/100 mmHg. Il y a une discrète aggravation de sa toux chronique, mais ses crachats sont propres, semble-t-il. À l'auscultation, le rythme cardiaque est assez rapide (125 bpm environ) et irrégulier ; il existe un souffle systolique 2/6 en écharpe ; on note quelques ronchus et sibilants, pas d'argument pour un épanchement pleural. Les jugulaires sont un peu saillantes, il n'y a pas de reflux hépato-jugulaire, pas d'ascite. Elle mesure 1,63 m et pèse 85 kg ; ses œdèmes des membres inférieurs ne sont pas plus imposants que d'habitude. Elle souffre en effet d'une insuffisance veineuse d'intensité moyenne, avec dermite ocre mais sans ulcère cutané.

Examens complémentaires

L'ECG s'inscrit en fibrillation atriale avec une fréquence cardiaque moyenne de 120 bpm. À l'échographie, la patiente est peu échogène par voie parasternale et sous-costale, mais la voie apicale est de bonne qualité. Il existe une hypokinésie globale modérée chez cette patiente en fibrillation atriale. Les cavités droites ne sont pas dilatées ni hypokinétiques. La pression artérielle pulmonaire systolique est élevée. La veine cave inférieure est de taille normale (23 mm) mais peu compliant en inspiration. La plastie fonctionne normalement (**tableau 1**).

Tableau 1. Échographie cardiaque transthoracique : paramètres principaux.

Diamètre télédiastolique ventriculaire gauche	48 mm
Volume télédiastolique ventriculaire gauche	75 ml
Fraction d'éjection ventriculaire gauche	50 %
Épaisseur de la paroi postérieure VG	11 mm
Épaisseur du septum interventriculaire	11 mm
Gradient moyen de plastie mitrale	4,5 mmHg
Veine cave inférieure	23 mm
Déplacement longitudinal de la partie latérale de l'anneau tricuspideen	17 mm
Pression artérielle pulmonaire systolique	55 mmHg
E/Ea*	14

*Les éléments d'évaluation des pressions de remplissage (E/Ea...) ne sont pas validés après plastie valvulaire mitrale.

Le péricarde est normal. On est surtout frappé par une image intra-auriculaire droite échogène en sa périphérie et anéchogène en son centre, peu ou pas mobile, mesurant 2 x 2 cm (**figure 1**). Le contourage par le flux couleur (**figure 2**) confirme *a priori* la localisation intra-auriculaire. Il n'y a pas de phlébite à l'écho-Doppler veineux des membres inférieurs.

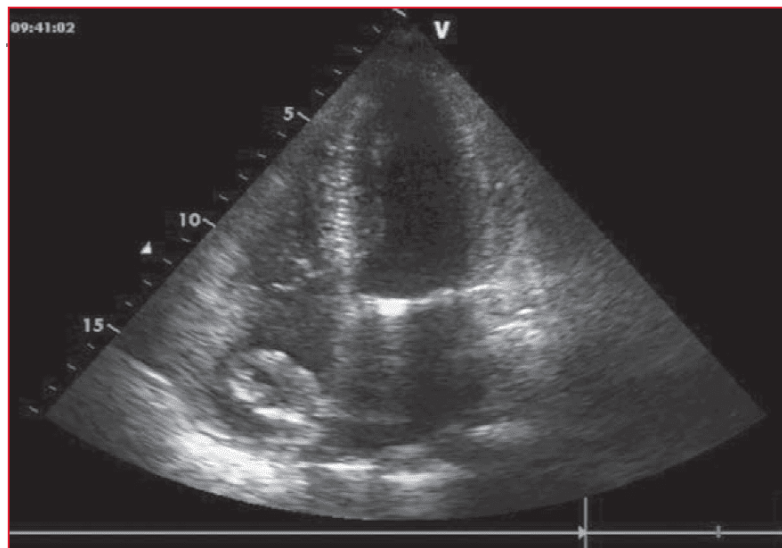


Figure 1. Image intra-auriculaire droite.

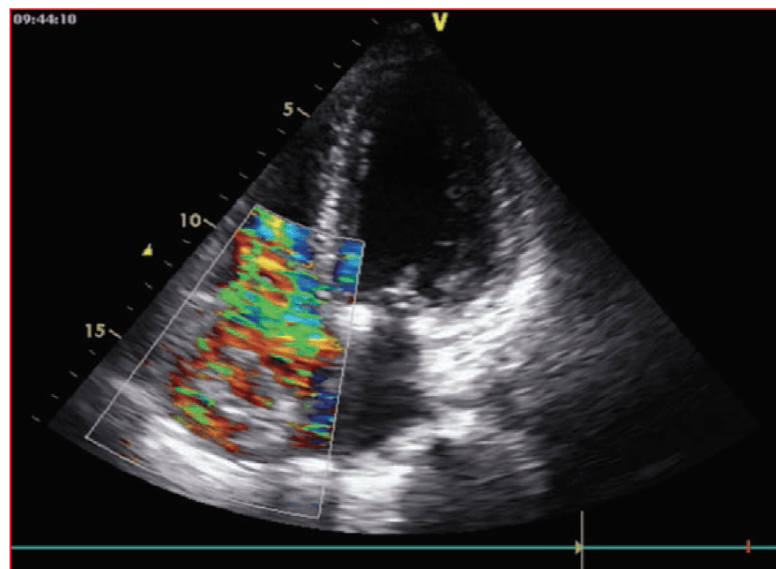


Figure 2. Contourage couleur de l'image anormale.

La patiente est hospitalisée pour suspicion d'embolie pulmonaire sur thrombus intra-auriculaire droit ; un traitement par oxygène 3 litres/min et héparine de bas poids moléculaire est débuté, permettant une amélioration modérée de la symptomatologie. L'angioscanner pulmonaire réalisé est normal : en particulier, il n'y a ni embolie pulmonaire, ni image intrapulmonaire pathologique. Le diagnostic évoqué est alors celui de poussée d'insuffisance cardiaque sur fibrillation atriale chez une patiente hypertendue, et, effectivement, après 48 heures de diurétiques, la patiente est eupnéique.

L'exploration de l'image intra-OD a consisté en une IRM (refus de l'ETO) et a confirmé ce qui aurait pu être suspecté depuis le début : il s'agit d'un hématome intrapéricardique rétro-auriculaire droit postopératoire, ancien, non compressif, qui s'invagine dans l'OD en doigt de gant (ce qui explique le contourage possible en couleur). On voit bien **figure 3** (flèche) la limite entre l'OD et le péricarde.



Figure 3. IRM : limite oreillette droite/péricarde (flèche).

Discussion

En postopératoire de chirurgie cardiaque, un hématome rétro-OD peut passer inaperçu, en particulier si la voie sous-costale est de mauvaise qualité à l'échographie. Il peut être responsable d'une tamponnade (nécessité d'une ETO à sa recherche devant un tableau de tamponnade sans épanchement évident) ou être, comme ici, parfaitement asymptomatique et diagnostiqué beaucoup plus tard. Aucun traitement n'est alors nécessaire. En ETT, il est parfois impossible d'affirmer le caractère intra- ou rétro-auriculaire droit d'une image, et il faut alors en particulier insister sur la voie sous-costale (non utilisable ici). Le diagnostic différentiel principal est celui de thrombus intra-OD ; à l'échographie, celui-ci est habituellement — mais pas toujours — très mobile ; par ailleurs, son point d'attache à la paroi latérale de l'OD est généralement vu. Toutes les autres causes d'image intra- ou rétro-OD (tumeurs, hydatidose, etc.) peuvent être évoquées en

fonction du contexte. Après un an d'évolution, la patiente est en bon état général, l'image échographique est stable, le scanner thoracique et les examens biologiques sans particularité, ce qui confirme notre diagnostic final.

Copyright 2010-2021 - AXIS SANTÉ -
Tous droits réservés

Tableau 2. Bilan biologique aux urgences : paramètres principaux.

Créatininémie	85 mmol/l
BNP	450 pg/ml
Hémoglobinémie	12,5 g/dl
Leucocytose	12 500/mm ³
D-dimères	600 ng/ml (n < 500)
CRP	12 mg/l