

Pneumopéricarde compressif : une complication rare du traumatisme thoracique fermé

Tension pneumopericardium: a rare complication of blunt chest trauma

A. Kettani · Z. Belkhadir · J. Tadili · A. Sbihi · M. Faroudy

Reçu le 29 octobre 2012 ; accepté le 20 novembre 2012
© SRLF et Springer-Verlag France 2012

Le pneumopéricarde est la présence d'air dans l'espace péricardique. Contrairement au pneumothorax et au pneumomédiastin, il est exceptionnellement rencontré dans les traumatismes thoraciques fermés [1,2]. Sa principale complication est la tamponnade gazeuse qui met en jeu le pronostic vital immédiat [1,3].

Un homme de 48 ans, sans antécédents, était admis aux urgences suite à un accident de la voie publique avec traumatisme thoracique isolé. Il s'agissait d'un conducteur de véhicule, victime d'un choc frontal à haute vitesse. L'examen à l'admission retrouvait un état de choc avec une pression artérielle à 70/40 mmHg et une tachycardie à 140 bpm. La pression veineuse centrale, mesurée par une voie jugulaire interne droite mise en place en préhospitalier, était de 22 cmH₂O. Il était par ailleurs en détresse respiratoire, avec une fréquence respiratoire à 28/min, une saturation artérielle pulsée en oxygène (SpO₂) à 88 % en air ambiant, passée à 100 % sous oxygénothérapie à haute concentration et un emphysème sous-cutané extensif. Un scanner thoracique réalisé immédiatement retrouvait un pneumothorax antérieur gauche et un pneumopéricarde (Fig. 1A). Un drain thoracique aspiratif antérieur gauche était alors mis en place et le patient recevait un remplissage au sérum salé isotonique (1500 ml au total) ainsi que de la morphine en titration en visant un score sur l'échelle visuelle analogique (EVA) < 3 (dose totale reçue : 8 mg). On notait alors une amélioration très rapide des paramètres vitaux : la pression artérielle passait à 125/70 mmHg, la fréquence cardiaque à 95 bpm, la fréquence respiratoire à 18/min et la SpO₂ restait à 100 %

sous 3 l/min d'oxygène. La pression veineuse centrale redescendait à 8 cmH₂O après 30 minutes. À 48 heures, un scanner thoracique de contrôle montrait la quasi-disparition du pneumothorax et du pneumopéricarde (Fig. 1B). Le drain thoracique était retiré deux jours plus tard et le patient sortait au huitième jour sans complications.

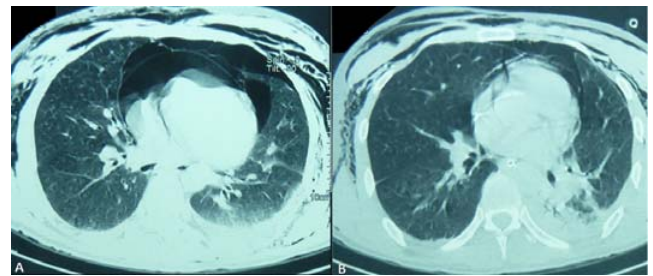


Fig. 1 Tomodensitométrie thoracique montrant le pneumopéricarde avec un pneumothorax antérieur gauche (A) et sa résolution après drainage thoracique avec persistance d'un pneumothorax antérieur gauche minime (B)

La survenue d'un pneumopéricarde sur un traumatisme thoracique fermé nécessite une solution de continuité péricardique en regard d'une rupture en hyperpression des voies respiratoires. Il s'agit le plus souvent d'un territoire alvéolaire proche du cœur, mais une rupture trachéale ou bronchique peut aussi être responsable d'un pneumopéricarde [1,4]. Ceci explique sa rareté. Les seuls cas décrits dans la littérature sont des cas cliniques isolés. Chez notre patient, le mécanisme était compatible : compression par un choc frontal contre le volant du véhicule.

Le diagnostic est d'abord clinique, devant l'association d'un traumatisme thoracique avec un emphysème sous-cutané et des signes de tamponnade. Mais le diagnostic différentiel avec un pneumothorax compressif est impossible sur les seules données de l'examen clinique. Le scanner

A. Kettani (✉) · Z. Belkhadir · A. Sbihi · M. Faroudy
Réanimation des urgences chirurgicales,
CHU Ibn Sina, Rabat, 1 rue Mtouga, Rabat, Maroc
e-mail : alikettani@gmail.com

J. Tadili
Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

thoracique est le gold standard et montre la présence d'air dans l'aire péricardique, bien limitée, avec des signes de compression, voire une luxation cardiaque [5].

L'abstention thérapeutique est possible en l'absence de signes de tamponnade, mais sous couvert d'une surveillance stricte [2]. En cas de signes de compression, le drainage instrumental de l'air péricardique est indiqué. Un simple drainage pleural en cas de pneumothorax associé peut suffire, comme chez notre patient [3,6]. Des techniques plus invasives telles une thoracotomie avec fenêtre pleuropéricardique ou un drainage péricardique par voie sous-xiphôïdienne ont aussi été décrites [2].

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Stegmaier J, Kirchhoff C, Biberthaler P, et al (2006) Tension pneumopericardium: a rare complication in multiply injured patients. *Unfallchirurg* 109:245–50
2. Ladurner R, Qvick LM, Hohenbleicher F, et al (2005) Pneumopericardium in blunt chest trauma after high-speed motor vehicle accidents. *Am J Emerg Med* 23:83–6
3. Lonský V, Mand'ák J, Harrer J, et al (2006) Posttraumatic pneumopericardium: a sign of severe injury or radiodiagnostic rarity? *Acta Medica (Hradec Kralove)* 49:129–32
4. Barbetakis N, Asteriou C, Kleontas A (2011) Pathophysiology of pneumopericardium after blunt thoracic trauma. *Ann Thorac Surg* 92:1936
5. Leibecke T, Stoeckelhuber BM, Gellissen J, et al (2008) Posttraumatic and postoperative cardiac luxation: computed tomography findings in nine patients. *J Trauma* 64:721–6
6. Di Filippo A, Batacchi S, Ciapetti M, et al (2009) Pneumopericardium after major trauma. *J Trauma* 66:1260