



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2023, Volume 7
N°3, Pages 146 - 222

Journal Africain **de Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2023, Volume 7,
N°3, Pages 146 - 222

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

HEMOTHORAX GAUCHE REVELANT UNE RUPTURE D'ANEVRISME DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE : A PROPOS D'UN CAS

LEFT HEMOTHORAX REVEALING A RUPTURED DESCENDING THORACIC AORTIC ANEURYSM: A CASE REPORT

M M SAMBA¹, P O BA¹, M. CAMARA¹, M. S MBAYE¹, M SECK DIOP¹, N F SOW¹, P A DIAGNE¹, D I G BA¹, S DIATTA¹, P S BA¹, P A DIENG¹, A G CISS¹, A NDIAYE¹

¹ Service de Chirurgie thoracique et cardiovasculaire, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Auteurs correspondants : Moussa Marième SAMBA, CHNU FANN BP 5035

Email : ms590626@gmail.com / Tél. +221-77-409-46-8

Résumé

Introduction : Les hémothorax sont majoritairement secondaires à un traumatisme, à une technique invasive ou à certaines pathologies pulmonaires ou pleurales. Bien que rare, nous rapportons un cas d'hémothorax secondaire à une rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante. **Observation :** Il s'agit d'un patient âgé de 64 ans, diabétique de découverte récente, tabagique à raison de 6 PA sevré il y'a 20 ans. Il était admis pour une douleur thoracique très intense associée à une toux productive parfois striée de sang et une dyspnée stade 3 de Sadoul. L'angioscanner thoracique a conclu à un anévrisme sacciforme de la portion initiale de l'aorte descendante associé à un épanchement liquidien dense péri lésionnel (médiastinal) et pleural de grande abondance. Le patient a bénéficié d'un traitement médical à base d'antalgique, d'une transfusion sanguine iso groupe iso rhésus et d'un drainage thoracique latéral non aspiratif. Le patient était initialement stable sur le plan hémodynamique, respiratoire et neurologique. L'indication d'une prise en charge chirurgicale avait été retenue, cependant le décès est survenu à J5 d'hospitalisation dans un tableau de choc hémorragique. **Conclusion :** Un hémothorax gauche spontané secondaire à une rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique est un cas rarement rapporté

dans la littérature. Une prise en charge chirurgicale rapide est nécessaire à la survie. Il doit être évoqué devant tout hémothorax inexplicé, du fait de la sévérité de son pronostic même malgré une prise en charge optimale : chirurgie à temps. L'évolution est souvent imprévisible comme se fut le cas de notre patient.

Mots clés : aorte, rupture d'anévrisme, hémothorax

ABSTRACT

Introduction: Hemothoraces are most commonly caused by trauma, invasive procedures or some lung and pleural diseases. We report here a case of a hemothorax caused by a ruptured descending aorta aneurysm. **Case presentation:** We present a case of a 64-year-old man, with newly diagnosed diabetes, who smoked 6 pack-year and quit 20 years ago. He presented with intense chest pain, productive cough with, sometimes, blood-tinged sputum and stage 3 SADOUL dyspnea. The thoracic CTA (CT angiography) found a saccular aneurysm of the initial portion of the descending aorta surrounded by a mediastinal effusion and a massive left pleural effusion. Patient's examination at the time of admission showed hemodynamic, respiratory and neurologic stability. He underwent a medical management with analgesics,

blood transfusion and no suction lateral chest drainage.

Surgery had been indicated but unfortunately not performed as a hemorrhagic shock quickly led to death on the 5th day of hospital stay. **Conclusion:** Spontaneous left hemothorax caused by a ruptured thoracic aortic aneurysm is a condition rarely reported in literature.

Emergency surgery is necessary for patient survival. This condition should be kept in mind for any patient with unexplained hemothorax, due to its life-threatening aspect even with acute management. The outcome is often unpredictable as was the case for our patient.

Keywords: aorta, ruptured aneurysm, hemothorax

INTRODUCTION

La survenue d'un hemothorax est le plus souvent secondaire à un traumatisme [1]. Lorsqu'il est spontané, il est rarement la conséquence d'une rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante [2]. Nous rapportons un cas d'hemothorax gauche révélant une rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 64 ans, diabétique de découverte récente, tabagique à raison de 6 PA sévère il y a 20 ans, qui était admis au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire pour une symptomatologie faite de douleur thoracique. La symptomatologie évoluant 6 semaines avant son admission avec notion d'aggravation récente depuis 3 jours, très intense, à type de pesanteur irradiant au dos non calmée par les antalgiques usuels, exacerbée par la toux et le décubitus. Ce tableau était associé à une toux initialement sèche quinteuse puis productive parfois striée de sang et une dyspnée stade 3 de Sadoul. L'interrogatoire n'a pas retrouvé de notion de traumatisme ni de contexte infectieux. Cette symptomatologie avait motivé une consultation avec une exploration paraclinique dont la tomomodensitométrie thoracique et la PCR covid (négative). Devant la persistance de la douleur sous antalgiques usuels et l'aggravation de la dyspnée, le patient fut admis au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire pour une prise en charge. L'examen clinique a mis en évidence : une fréquence cardiaque à 92 battements/mn,

une tension artérielle à 110/70 mm Hg, une température à 36,5°C, une fréquence respiratoire à 26 battements/mn, une saturation à 91% à l'air ambiant. On notait un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche et une anémie clinique. La CRP était élevée > 200mg/l, la numération formule sanguine a mis en évidence une anémie normochrome normocytaire à 7.8 g/dl, une hyperleucytose à 53730/mm³. La créatininémie était légèrement élevée à 15,3 mg/l. L'électrocardiogramme montrait une tachycardie sinusale régulière avec un axe QRS normal. La radiographie du thorax initiale était normale en dehors d'un élargissement du médiastin (Figure 1).

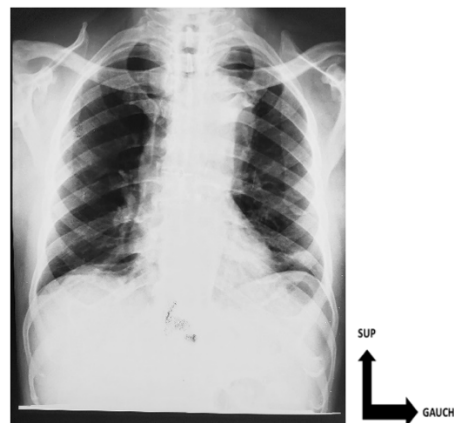


Figure 1 : Radiographie du thorax de face élargissement du médiastin

L'angioscanner thoracique a montré un anévrisme sacciforme de 54x38 mm pour 23 mm de hauteur de la portion initiale de l'aorte descendante associé à un épanchement liquidien dense péri lésionnel (médiastinal) et pleural en croissant de grande abondance responsable d'un

collapsus pulmonaire gauche et d'une déviation des structures médiastinales vers la droite (Figure 2a ,2b, 2c).

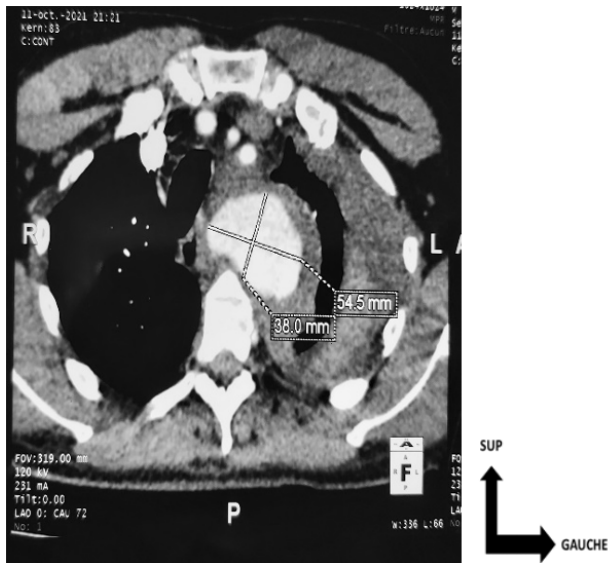


Figure 2a : L'angioscanner thoracique (coupe axiale) : anévrisme sacciforme de 54x38 mm pour 23 mm de hauteur de la portion initiale de l'aorte descendante associé à un épanchement liquidien dense péri lésionnel (médiastinal) et pleural en croissant de grande abondance.

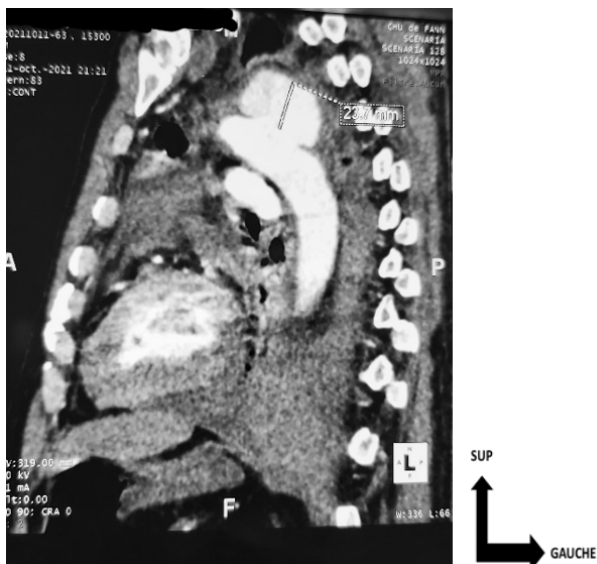


Figure 2b : angioscanner thoracique injecté en reconstruction sagittale

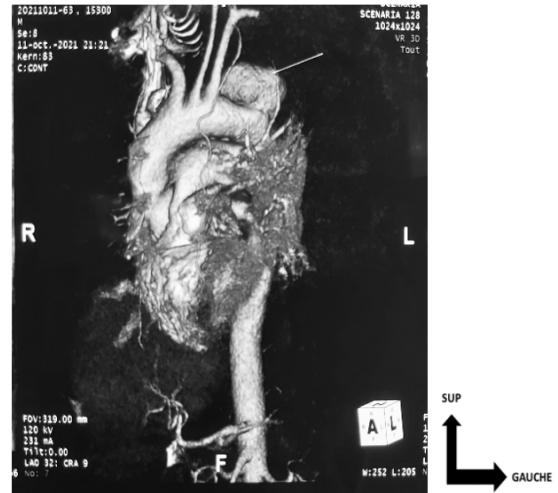


Figure 2c : reconstruction 3D. Dilatation anévrismale de l'aorte descendante

L'indication d'une surveillance était posée initialement.

Devant la survenue d'une détresse respiratoire, le patient a bénéficié d'un drainage thoracique sous anesthésie locale au 4^{ème} espace intercostal gauche ramenant d'emblée 250 cc de liquide sérohématique, le drain était laissé en siphonage. Il a été mis sous traitement antalgique et une transfusion sanguine de deux poches de culot globulaire a été réalisée. Une surveillance des paramètres vitaux et de la production du drain a été instauré. Il a bénéficié d'un traitement à base de bêtabloquant (ternomine 100mg/jour) sur avis du cardiologue avec un objectif d'une tension artérielle systolique <120 mm Hg. La biologie de contrôle était sans particularité en dehors d'une anémie à 10 g/dl. Le traitement antalgique, avec drain en siphonage fut poursuivi sous monitoring des paramètres vitaux.

Le patient était initialement stable sur le plan hémodynamique, respiratoire et neurologique. L'indication d'une prise en charge chirurgicale avait été retenue cependant le décès est survenu à J5 d'hospitalisation dans un tableau de choc hémorragique.

DISCUSSION

Un hémothorax se définit comme la présence, au sein de la cavité pleurale, d'un

liquide sanglant dont l'hématocrite est supérieur à 50 % de l'hématocrite sanguin [1]. La majorité des hémothorax sont secondaires à un événement traumatique : plaies pénétrantes, lésions vasculaires dans un contexte de décélération brutale, ou encore iatrogéniques [1]. Avec une incidence plus faible, ils peuvent également survenir de manière spontanée. Les principales étiologies sont la prise d'anticoagulants, les coagulopathies, les malformations artérioveineuses et les néoplasies. [2].

Plusieurs cas d'hémothorax secondaires à une rupture d'anévrisme ou à une dissection de l'aorte thoracique ont été décrits dans la littérature. Bodian et al ont rapporté un cas d'hémothorax gauche révélant une dissection de l'aorte [3]. La localisation dans la cavité pleurale gauche est la plus fréquente [4,5].

Pour des raisons anatomiques, du fait d'un arc aortique vers la gauche et d'un cheminement à la face antérieure gauche du rachis de l'aorte descendante, celle-ci, en cas de rupture, se draine initialement dans la région médiastinale puis dans l'espace pleural gauche [6]. Ces patients se présentent généralement avec un collapsus associé à une douleur dont le siège peut être thoracique, dorsal ou abdominal [4]. Chez notre patient, le signe fonctionnel principal est la douleur thoracique. Les deux principales conséquences de la survenue d'un hémothorax spontané sont hémodynamiques et respiratoires. Dans le cadre d'un hémothorax aigu dû à une rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique, les signes hémodynamiques prédominent. La radiographie de thorax peut montrer, en plus de l'épanchement pleural, un élargissement du médiastin ou des modifications de l'arc aortique. La scanographie thoracique affirme le diagnostic, si l'état circulatoire permet sa réalisation.

Lorsqu'il existe des signes cliniques ou radiologiques faisant suspecter une rupture

ou une dissection de l'aorte, il est admis que le drainage thoracique initial est contre-indiqué.

Celui-ci peut en effet majorer le saignement et décompenser un état hémodynamique précaire ; un geste d'hémostase urgent est alors indiqué en premier lieu [1]. Chez notre patient, l'intervention chirurgicale n'a pas été réalisée faute de plateau technique.

L'évolution dépend du mode de rupture et de la capacité des structures avoisinantes particulièrement la plèvre médiastinale à contenir l'hémorragie [5,7]

Les indications chirurgicales pour l'anévrisme de l'aorte thoracique descendante sont [7] : les anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; l'augmentation de diamètre supérieur à 1cm/an ; les ulcères pénétrants ; les ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme ; un anévrysme disséquant et en cas de complications (ischémie, fistules, fissures...).

Le traitement endovasculaire constitue actuellement le traitement de première intention [8]. Le traitement chirurgical est une intervention lourde avec le plus souvent un recours à la circulation extra-corporelle. Les résultats de la chirurgie des anévrysmes de l'aorte thoracique descendant sont caractérisés par un taux de mortalité variant de 7 à 10% et qui peut aller jusqu'à 30% dans les anévrysmes disséquants [9].

La plupart des études s'accordent à montrer une réduction des taux de morbi-mortalité péri-opératoire au cours du traitement endovasculaire par rapport aux traitements chirurgicaux conventionnels [10,11].

CONCLUSION

Un hémothorax gauche spontané secondaire à une rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique est un cas rarement rapporté dans la littérature. Le scanner thoracique est un élément essentiel du diagnostic.

Une amélioration de notre plateau technique avec la disponibilité d'endoprothèse nous aurait permis d'améliorer le pronostic de ce patient.

RÉFÉRENCES

- [1] **Yeam I, Sassoon C.** Hemothorax and chylothorax. *Curr Opin Pulm Med* 1997;3: 310–4.
- [2] **Martinez FJ, Villanueva AG, Pickering R et coll** Spontaneous hemothorax. Report of 6 cases and review of the literature. *Medicine* 1992; 71:354–68.
- [3] **M N D Siddo, M Bodian, F Diaby et coll.** Un hemothorax gauche revelant une dissection de l'aorte : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal.* 2014 ; 18:235
- [4] **Isselbacher EM.** Thoracic and abdominal aortic aneurysms. *Circulation* 2005; 111:816–28.
- [5] **Langin T, Kelkel PE, Villemot D.** Hémothorax gauche, complication d'une fissuration d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante. *Rev Mal Resp* 1994; 11:74–6.
- [6] **Baharloo F, Verhelst R, Collard P et coll** Rupture of aortic aneurysm with right-sided haemothorax. *Eur Respir J* 1999; 13:465–7.
- [7] **Walker A, Henry A, Yi J, Tracy T et al.** Hemodynamic management of patients with aortic dissection in emergency departments prior to transfer *Crit Care. Med.* 2016 Dec ;44 :153
- [8] **Ludovic Canaud, Pierre Alric.** Traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte thoracique descendante. *La Presse Médicale, Elsevier Masson,* 2018, 47 (2), pp.153 - 160.
- [9] **Van Der Vliet JA, Heijstraten FM, van Roye SF et coll.** Spontaneous right haemothorax secondary to aortic rupture. *Eur J Vasc Surg* 1994; 8: 634–8.
- [10] **Fairman RM, Criado F, Farber et al.** Pivotal results of the Medtronic Vascular Talent Thoracic Stent Graft System : the valor trial. *J Vasc Surg* 2008 ; 48:546-54
- [11] **Matsumura JS, Cambria RP, Dake et coll.** International controlled clinical trial of thoracic endovascular aneurysm repair with the Zenith TX2 endovascular graft : 1-year results. *J Vasc Surg* 2008 ; 47:247-57

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.