



ISSN: 0975-833X

Available online at <http://www.journalcra.com>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF CURRENT RESEARCH

International Journal of Current Research
Vol. 11, Issue, 07, pp.5560-5562, July, 2019

DOI: <https://doi.org/10.24941/ijcr.36003.07.2019>

RESEARCH ARTICLE

EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE SUITE A UNE FRACTURE NEGLIGEE: PRISE EN CHARGE DANS UN PAYS A RESSOURCES LIMITEES

SAÏ Servais Sontia, *ANGO Privat Désiré, KONAN konan Denis, KONE Nabitou, KOUAME Kouadio Antoine and BOUA Narcisse

Service d'Anesthésie et Réanimation Polyvalente CHU Treichville Abidjan

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th April, 2019
Received in revised form
20th May, 2019
Accepted 25th June, 2019
Published online 31st July, 2019

Key Words:

Embolie pulmonaire,
Traumatisme négligé,
Héparinothérapie, Rivaroxaban.

*Corresponding author:
ANGO Privat-Désiré

Copyright©2019, SAÏ Servais Sontia et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: SAÏ Servais Sontia, ANGO Privat Désiré, KONAN konan Denis, KONE Nabitou, KOUAME Kouadio Antoine, BOUA Narcisse, 2019. "Embolie pulmonaire grave suite a une fracture negligee : Prise en charge dans un pays a ressources limitees", *International Journal of Current Research*, 11, (07), 5560-5562.

ABSTRACT

Les lésions orthopédiques sont réputées thrombogènes et constituent l'une des indications majeures de la prophylaxie thrombo-embolique. De ce fait, la survenue des embolies pulmonaires (EP) en milieu orthopédique n'est pas rare. Nous rapportons un cas d'EP grave consécutive à un traumatisme fermé du fémur négligé dans un milieu à ressources financières limitées. L'angiostScanner pulmonaire a permis de poser le diagnostic. En l'absence de thrombolytique, l'intubation orotrachéale, la ventilation mécanique et la dobutamine ont constitué les mesures thérapeutiques réalisées en urgence, compte tenu de la détresse respiratoire et circulatoire. L'évolution clinique sous héparinothérapie relayée avec du Rivaroxaban était favorable.

INTRODUCTION

L'embolie pulmonaire (EP) est constituée par la migration dans l'arbre artériel pulmonaire d'un corps étranger le plus souvent cruorique, responsable d'une oblitération brutale, (totale ou partielle) du tronc ou d'une des branches de l'artère pulmonaire. Elle est dite grave quand elle est associée à un état de choc (Konstantinides *et al.*, 2014). Les traumatismes et la chirurgie des membres inférieurs occupent une bonne place parmi les étiologies de cette affection ; d'où l'intérêt d'une prophylaxie thromboembolique systématique. Sous nos tropiques, les lésions orthopédiques sont souvent négligées et la thromboprophylaxie est parfois omise par les praticiens. Le risque de survenue d'une embolie pulmonaire est donc relativement accru dans un tel contexte ; et la prise en charge demeure difficile en absence des moyens recommandés. L'illustration qui suit, répond à l'objectif de faire l'état des difficultés liées à la prévention et à la prise en charge d'une embolie pulmonaire grave, consécutive à un traumatisme négligé dans un pays avec des moyens limités.

Consentement: La patiente a accepté que les médecins puissent utiliser et publier ses données sur la maladie en supprimant les informations personnelles.

Observation

Madame IH âgée de 40 ans est admise en réanimation pour une détresse respiratoire et un trouble de la conscience de survenue brutale. L'interrogatoire retrouve un traumatisme fermé du membre inférieur droit (photo 1) survenu 03 semaines auparavant, pour lequel la patiente aurait entrepris une automédication à base d'antalgiques et de massages musculaires. Devant l'impotence fonctionnelle et la douleur persistante au bout de 2 semaines, elle réalise une incidence radiographique du bassin (suite à une consultation), qui met en évidence une fracture per trochantérienne du fémur droit. Elle consulte un kinésithérapeute (plâtrier) qui réalise un traitement orthopédique par un plâtre pelvi pédieux (hémi bermuda droit). La patiente est donc suivie en ambulatoire avec un traitement anti inflammatoire et son immobilisation plâtrée sans héparino-prophylaxie. Cinq jours plus tard, elle est admise en unité de soins intensifs pour une dyspnée compliquant la douleur persistante du membre inférieur droit. La patiente n'avait aucun antécédent pathologique antérieur au traumatisme. L'examen à l'admission notait une mauvaise impression générale, une tachycardie à 115 pulsations par minute, une tension artérielle à 86/42 mmHg, une pâleur modérée des téguments et une température à 36.8°C. L'Indice de Masse

Corporelle (IMC) était évalué à 31.22 (taille = 165 cm, poids = 85 kg). L'examen pulmonaire objectivait une détresse respiratoire aigüe avec une polypnée à 34 cycles par minute, des signes de lutte respiratoire, une saturation artérielle à 88% (à l'air ambiant) et une auscultation pulmonaire normale. Il y avait un trouble de la conscience à type d'obnubilation avec un score de Glasgow coté à 13, sans signe d'irritation méningée, ni signe de localisation. A l'ablation du plâtre pelvi-pédieux droit, il y avait une tuméfaction de la hanche et de la cuisse droites avec douleur spontanée et provoquée de la hanche droite lors de la tentative de mobilisation du membre. Le ballonnement du mollet et le signe de Homans n'ont pu être correctement appréciés, compte tenu de la douleur spontanée et des troubles de la vigilance. L'examen de l'abdomen était normal. Le score de Wells était estimé à 3 avec un score sPESI (Simplified Pulmonary Embolism Severity Index Score) à 3. Un bilan biologique réalisé en urgence avait mis en évidence une hyperleucocytose à 22.260 éléments/mm³ avec une prédominance des polynucléaires neutrophiles (81%), une anémie normochrome normocytaire (10.5g/dl), une hyperglycémie veineuse à 1.42g/l et un taux de d-dimères fortement élevé à 3894.61ng/ml. L'analyse des gaz du sang a révélé une hypoxémie (PaO₂=73mmHg) avec hypocapnie (PaCO₂=32mmHg) associées à une baisse des BE (-4.4) et du taux de bicarbonates (19.8mmol/l). Le bilan d'hémostase, l'ionogramme et le bilan rénal étaient normaux.



Photo 1. Fracture fermée négligée du fémur droit/ Closed fracture of the right femur

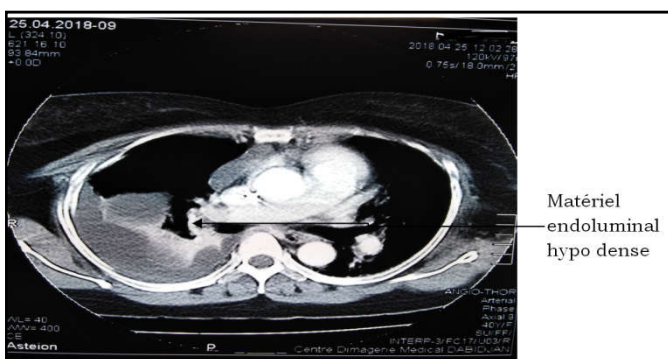


Photo 2. Embolie pulmonaire lobaire et segmentaire droite associée

Au plan radiographique, un angioscanner thoracique réalisé 24h après l'admission, a objectivé une embolie pulmonaire lobaire segmentaire droite (Photo 2). A celle-ci, étaient associées une pneumopathie alvéolo-interstitielle bilatérale et une pleurésie droite avec atélectasie de contact. L'échographie doppler des membres inférieurs (J7 de l'admission) n'avait objectivé une thrombose veineuse profonde ou superficielle. A l'échographie transthoracique (ETT) n'a pu être réalisée. La prise en charge en urgence a consisté à une mise en condition

initiale, une intubation orotrachéale et ventilation mécanique (compte tenu de la détresse respiratoire). Au plan cardiovasculaire, un remplissage vasculaire associé à de la Dobutamine a été institué. En l'absence de thrombolytiques, un traitement à base de l'héparine non fractionnée a été institué. Le traitement adjuvant comportait une analgésie multimodale et des apports hydro électrolytiques de base. L'évolution a été marquée par une amélioration de l'état de conscience et de la détresse respiratoire ayant permis un sevrage du respirateur dès J2 d'hospitalisation. L'héparine non fractionnée a été relayée avec du Rivaroxaban 30mg par jour (2 prises de 15 mg per os). Après un séjour de 10 jours en unité de réanimation, la patiente a été transférée en orthopédie pour la prise en charge de sa fracture per trochantérienne.

DISCUSSION

L'observation ci-dessus présentée relève, non seulement un défaut dans la prévention de la maladie veineuse thromboembolique (MVTE) en orthopédie, mais aussi des obstacles de la prise en charge des embolies pulmonaires en Afrique Sub-saharienne. L'EP résulte d'une interaction entre des facteurs de risque permanents (liés au patient) et des facteurs temporaires (liés à l'environnement). Ces facteurs de risque sont aussi classés selon leur odd ratio en facteur « fort », « modéré » ou « faible »^{1,3}. Dans notre observation trois facteurs de risque sont retrouvés. Il s'agit de l'obésité, de la lésion du membre inférieur, et de l'alitement prolongé auxquels s'ajoute l'absence d'une prophylaxie thrombo embolique. L'alitement prolongé de notre patiente était dû à l'immobilisation plâtrée réalisée à tort dans ce type de lésion. En effet, le traitement d'une fracture per trochantérienne reste résolument chirurgical chez le sujet adulte. Ce traitement inadéquat traduit le fait que nos patients ne consultent souvent pas un praticien spécialisé du fait, soit d'un manque de ressources financières, soit de la peur de la chirurgie (mythe culturel) ou même de l'analphabétisme. L'omission de la prescription d'une prophylaxie thrombo embolique atteint une fréquence de 15,3% dans certaines séries occidentales [2] et ne semble pas être moins fréquente chez nous. Ce constat souligne l'intérêt de sensibiliser davantage notre personnel médical et para médical sur l'intérêt de la prescription systématique d'anti coagulant. Par ailleurs, la prise en charge collégiale de tels patients devraient être multidisciplinaires (orthopédistes – kinésithérapeutes – cardiologues). La sémiologie de l'EP est variable et non spécifique (Gudipati *et al.*, 2014; Galanaud *et al.*, 2016). La détresse respiratoire et la tachycardie sont quasi-constantes. L'angio-scanner thoracique spiralé est depuis plus de deux décennies le Gold Standard pour le diagnostic de certitude. Les algorithmes diagnostiques radiologiques en cas de suspicion d'embolie pulmonaire sont définis selon qu'il existe ou pas une hypotension artérielle (état de choc). Ainsi une embolie pulmonaire associée à un état de choc ou à une chute de la pression artérielle systolique de plus de 40mmHg dans les 15 mn est considérée comme grave (Konstantinides *et al.*, 2014). Pour certains auteurs, les dosages des D-dimères et de la gazométrie artérielle semblent ne pas être utiles en cas de probabilité clinique élevée (Galanaud *et al.*, 2015; Meneveau, 2015; Planquette *et al.*, 2011; Roy *et al.*, 2008). Pourtant en milieu tropical africain, la plupart de nos unités de réanimation ne possèdent pas d'appareil d'échographie à portée de main. A ce défaut logistique, s'ajoute le manque de collaboration parfaite entre les praticiens, qui rend utopique la mobilité des équipes de

radiologie. Dans un tel contexte, les scores diagnostiques renforcés du couplage des D-dimères et de la gazométrie artérielle peuvent s'avérer être des outils indispensables pour le diagnostic d'EP des patients non mobilisables et/ou présentant une instabilité hémodynamique. En Afrique subsaharienne, la prise en charge des EP graves reste problématique car les patients, en absence d'une assurance maladie, éprouvent des difficultés à honorer le coût de leurs soins, notamment les thrombolytiques. Ces derniers étant rarement disponibles dans nos structures hospitalières. Toutefois les moyens médicamenteux (amines vasopressives et anticoagulants) sont le plus souvent disponibles. Pour la restauration hémodynamique, il est recommandé de limiter l'expansion volémique à 500 ml et d'utiliser (en cas de choc persistant) la Dobutamine en première intention^{5,6}, puis la thrombolyse relayée par une héparinothérapie¹. Dans notre cas, cette dernière a été relayée par le Rivaroxaban dès que la voie orale était possible. Enfin, il convient de remarquer que les embolies pulmonaires consécutives à une immobilisation plâtrée du membre inférieur, vont par la suite poser des problèmes lors du traitement chirurgical de la fracture. Ces problèmes dus essentiellement à la gestion péri opératoire des anticoagulants, représentent un challenge pour le médecin anesthésiste.

Conclusion

Cette observation met en évidence l'importance de la prévention de la maladie thromboembolique dans les traumatismes du fémur. La prise en charge de la MVTE doit d'abord s'accroître sur les mesures prophylactiques.

Conflits d'intérêts: Aucun

Remerciements: Pr Konin Christophe cardiologue à l'Institut de cardiologie, Abidjan.

RÉFÉRENCES

- Galanaud JP, Blanchet-Deverly A, Pernod G, Quéré I. 2016. Prise en charge de l'embolie pulmonaire en 2015. *J Mal Vasc.*, 41: 51-62
- Gudipati S, Fragkakis EM, Ciriello V Harrison SJ. *et al.* 2014. cohort study on the incidence and outcome of pulmonary embolism in trauma and orthopedic patients. *BMC Med.*, 12:39. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-39>
- Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N. *et al.* 2014. ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.*, 35 (43): 3033–69
- Meneveau N. 2015. Nouvelles recommandations de l'ESC sur l'embolie pulmonaire : le traitement anticoagulant et thrombolytique. *Arch Mal Coeur Vaiss Prat.*, (241):8–15
- Planquette B, Belmont L, Meyer Guy, Sanchez O. 2011. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'embolie pulmonaire grave. *Rev Mal Respir*, 28(6):778-89. doi: 10.1016/j.rmr.2010.11.006.
- Roy, P.M., Bordot, A.S., Bichri, A., Sivova, N., Delvau, N. and Pattier, K. 2008. Prise en charge de l'embolie pulmonaire en urgence. *Pratan*, 12(6), 440–447. doi:10.1016/j.pratan.2008.10.006
