



HAL
open science

Une suspicion d'embolie pulmonaire

Pierre-Hugues Vivier, Gaelle Perot, David Bertrand, Jean-Nicolas Dacher,
Sébastien Roques

► **To cite this version:**

Pierre-Hugues Vivier, Gaelle Perot, David Bertrand, Jean-Nicolas Dacher, Sébastien Roques.
Une suspicion d'embolie pulmonaire. La Revue de Médecine Interne, 2008, 29 (6), pp.498-9.
10.1016/j.revmed.2007.06.012 . inserm-00472944

HAL Id: inserm-00472944

<https://inserm.hal.science/inserm-00472944>

Submitted on 18 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Une suspicion d'embolie pulmonaire

A suspicion of pulmonary embolism

P.-H. Vivier^{a,*}, G. Perot^a, D. Bertrand^a,
J.-N. Dacher^a, S. Roques^b

^a Service de radiologie centrale, CHU Charles-Nicolle de Rouen, 1,
rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

^b Service de pneumologie, CHU Charles-Nicolle de Rouen, 1, rue de Germont,
76031 Rouen cedex, France

Mots clés : Embolie pulmonaire ; Veines pulmonaires ; Scanner

Keywords: Pulmonary embolism; Pulmonary veins; Tomography; X-ray computed

1. Histoire

Une femme de 56 ans consultait aux urgences pour une dyspnée d'effort associée à des douleurs cervicales. Ses antécédents comportaient un cancer du sein traité, trois ans auparavant, par mastectomie suivie d'une reconstruction mammaire, radiochimiothérapie puis par anastrozole. En raison de douleurs rachidiennes, elle était restée alitée pendant trois semaines. Les mollets étaient souples, et un doppler avait éliminé une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. Elle n'avait pas de fièvre. L'électrocardiogramme mettait en évidence un bloc de branche droit. La radiographie thoracique était sans particularité. Les d-dimères étaient positifs. Devant la suspicion d'embolie pulmonaire, un angioscanner thoracique a été effectué (Fig. 1). Celui-ci mettait en évidence une absence d'opacification de la veine pulmonaire inférieure droite. Au même niveau, en fenêtre osseuse, une plage d'ostéolyse corporéale sans ostéocondensation périphérique était individualisable. Le rachis dorsal était le siège de multiples ostéolyses vertébrales. Aucune anomalie pulmonaire n'était associée.

2. Diagnostic

Une thrombose veineuse pulmonaire inférieure droite.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : pierrehuguesvivier@yahoo.fr (P.-H. Vivier).

3. Commentaires

La patiente a été traitée par une anticoagulation efficace. Aucune manifestation thromboembolique ne s'est produite avec un recul de quatre mois. La thrombose de veine pulmonaire est une affection peu connue et probablement sous-diagnostiquée. En effet, les symptômes sont inconstants et aspécifiques : dyspnée, toux, hémoptysie. Les gaz du sang peuvent être normaux ou révéler une hypoxie et une hypocapnie. La radiographie est généralement peu informative puisqu'elle peut être normale ou montrer un infiltrat pulmonaire non spécifique dans le territoire drainé par la veine intéressée et une lame d'épanchement pleural. Le diagnostic de thrombose veineuse pulmonaire est néanmoins important, car en l'absence de traitement, elle peut être à l'origine d'embolies systémiques [1–3], et d'infarctus pulmonaires potentiellement mortels [4,5]. La thrombose de veine pulmonaire est rarement isolée [1], et complique généralement une néoplasie pulmonaire primitive ou secondaire, une lobectomie, une transplantation pulmonaire ou une ablation de fibrillation pulmonaire par radiofréquence [4–10]. L'échographie cardiaque transthoracique ne permet généralement pas d'étudier de façon fiable l'ensemble des veines pulmonaires. Le diagnostic, classiquement fait par échographie transœsophagienne, repose désormais sur l'angioscanner thoracique et sur l'IRM. Un défaut intravasculaire permet de poser le diagnostic. L'IRM a l'avantage de pouvoir éliminer une exceptionnelle tumeur intravasculaire ou intra-auriculaire gauche (angiosarcome, myxome veineux ou auriculaire) en



Fig. 1. Scanner thoracique : thrombose de la veine pulmonaire inférieure droite, veine pulmonaire inférieure gauche en regard bien opacifiée, prothèse mammaire droite, ostéolyse corporeopédiculaire gauche sans rupture corticale.

montrant une prise de contraste sur des séquences T1 en sang noir [1].

En raison de la rareté de cette affection, le traitement est mal codifié. Il varie en fonction de l'étiologie et du contexte. Une anticoagulation efficace est généralement proposée en cas de cancer et au décours des ablations de fibrillation auriculaire par radiofréquence [10,11]. En postopératoire, le risque hémorragique lié à l'emploi des anticoagulants n'étant pas négligeable, il a été proposé de réaliser en peropératoire une échographie transœsophagienne en cas de chirurgie à risque. L'échographie permet de dépister précocement les thromboses survenant sur les anastomoses veineuses pulmonaires au cours des lobectomies ou des greffes pulmonaires [6,12]. Ainsi, une thrombectomie au bloc opératoire peut être effectuée immédiatement, et permet

d'éviter l'utilisation d'anticoagulants en période postopératoire. Exceptionnellement, une lobectomie peut être nécessaire en cas d'hémoptysie ou de gangrène pulmonaire.

Références

- [1] Selvidge SD, Gavant ML. Idiopathic pulmonary vein thrombosis: detection by CT and MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 1999;172:1639-41.
- [2] Sibon I, Baudouin G, Orgogozo JM. Pulmonary venous thrombosis and neoplasia related cerebrovascular ischaemic events. *Rev Neurol* 2004;160(4 Pt 1):462-4.
- [3] Tassan S, Chabert JP, Tassigny C, Jamet B, Ribere R, Deslee G, et al. Peripheral embolic arterial accident due to pulmonary vein thrombosis revealing bronchial carcinoma. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 1998;47:11-3.
- [4] Nelson E, Klein JS. Pulmonary infarction resulting from metastatic osteogenic sarcoma with pulmonary venous tumor thrombus. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:531-3.
- [5] Ravenel JG, McAdams HP. Pulmonary venous infarction after radiofrequency ablation for atrial fibrillation. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:664-6.
- [6] Cywinski JB, Wallace L, Parker BM. Pulmonary vein thrombosis after sequential double-lung transplantation. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2005;19:225-7.
- [7] Gyves-Ray KM, Spizarny DL, Gross BH. Unilateral pulmonary edema due to postlobectomy pulmonary vein thrombosis. *AJR Am J Roentgenol* 1987;148:1079-80.
- [8] Leibowitz DW, Smith CR, Michler RE, Ginsburg M, Schulman LL, McGregor CC, et al. Incidence of pulmonary vein complications after lung transplantation: a prospective transesophageal echocardiographic study. *J Am Coll Cardiol* 1994;24:671-5.
- [9] McIlroy DR, Sesto AC, Buckland MR. Pulmonary vein thrombosis, lung transplantation, and intraoperative transesophageal echocardiography. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2006;20:712-5.
- [10] Scanavacca MI, Kajita LJ, Vieira M, Sosa EA. Pulmonary vein stenosis complicating catheter ablation of focal atrial fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2000;11:677-81.
- [11] Kim NH, Roldan CA, Shively BK. Pulmonary vein thrombosis. *Chest* 1993;104:624-6.
- [12] Hovaguimian H, Morris JF, Gately HL, Floten HS. Pulmonary vein thrombosis following bilobectomy. *Chest* 1991;99:1515-6.