

# Hématome extrapleurale révélateur d'une section de l'artère thoracique interne

## Extrapleural Hematoma Developing from a Transection of the Internal Thoracic Artery

S. Rabiou · M. Lakranbi · J. Ghalimi · I. Issoufou · L. Belliraj · Y. Ouadnoui · M. Smahi

Reçu le 13 mars 2015 ; accepté le 28 juin 2015  
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

### Introduction

L'hématome extrapleurale post-traumatique correspond à la présence d'une collection sanguine au niveau de l'espace compris entre la plèvre pariétale et le fascia endothoracique. Son origine suite à une section traumatique de l'artère thoracique interne est une situation clinique jamais décrite. Le diagnostic est suspecté devant une image radiographique caractéristique. L'état clinique du patient ainsi que l'importance du saignement peuvent conduire à une thoracotomie d'hémostase. À travers cette observation, nous rapportons un cas d'hématome extrapleurale révélateur d'une section traumatique de l'artère thoracique interne.

### Observation

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, admis aux urgences suite à une agression par coup de couteau au niveau de la paroi thoracique antérieure gauche (Fig. 1). L'examen clinique à l'admission trouvait un patient dans un état de choc avec pâleur cutanéomuqueuse, une PA à 90/60 mmHg avec un pouls filant et imprenable. Il était polypnéique avec une fréquence respiratoire à 29 cycles/minute. L'examen physique avait mis en évidence une plaie parasternale gauche de 3 cm de longueur, à hauteur du quatrième espace intercostal, à 1,5 cm du bord gauche du sternum (Fig. 2A). Devant l'instabilité hémodynamique, nous avons réalisé une échographie

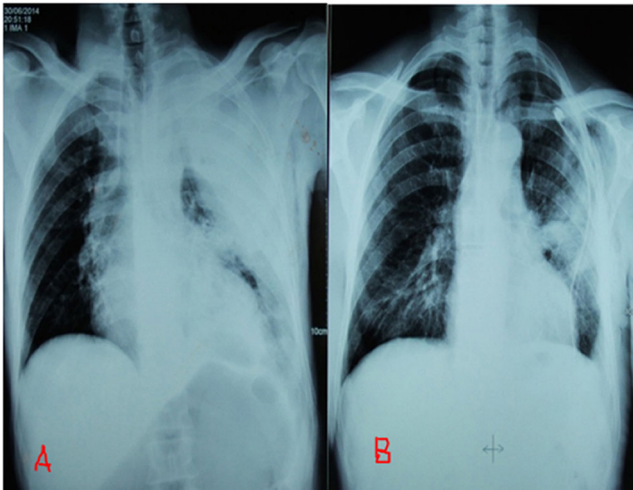
tranthoracique qui avait permis d'écarter un hémopéricarde témoin d'une plaie cardiaque. La radiographie thoracique de face avait mis en évidence une opacité homogène de l'hémichamp thoracique gauche avec collapsus pulmonaire et déviation du médiastin (Fig. 2B). L'évolution clinique après la mise en place d'un drain thoracique en urgence, qui avait permis d'évacuer d'emblée 1 700 ml de sang rouge, était marquée par une altération de la conscience et une persistance d'un saignement actif. Après transfusion par deux culots globulaires isogroupe iso-rhésus, l'indication d'une thoracotomie en urgence a été posée, et la voie d'abord était antérieure passant par le quatrième espace intercostal gauche. L'exploration avait permis de découvrir une section complète de l'artère thoracique interne gauche avec un hématome extrapleurale disséquant l'espace entre la plèvre pariétale et le fascia endothoracique. L'hémostase était satisfaisante après une ligature du bout proximal et distal de l'artère sectionnée, suivie de l'évacuation de l'hématome extrapleurale. Les suites postopératoires étaient simples. Le patient est déclaré sortant après l'ablation du drain pleural à j+4 du postopératoire avec contrôle radiologique satisfaisant.



**Fig. 1** Plaie parasternale gauche à hauteur du quatrième espace intercostal

S. Rabiou (✉) · M. Lakranbi · J. Ghalimi · I. Issoufou ·  
L. Belliraj · Y. Ouadnoui · M. Smahi  
Service de chirurgie thoracique, CHU Hassan-II, Fès, Maroc  
e-mail : rabiousani2@yahoo.fr

Y. Ouadnoui · M. Smahi  
Faculté de médecine et de pharmacie,  
université Sidi-Mohamed-Ben-Allah, Fès, Maroc



**Fig. 2** A. Opacité de l'hémichamp pulmonaire gauche avec collapsus pulmonaire et déviation du médiastin. B. Retour du poumon à la paroi à j+4 postopératoire

## Discussion

L'hématome extrapleurale résulte le plus souvent d'un traumatisme thoracique, parfois iatrogène. Les causes traumatiques sont généralement secondaires à des fractures de côtes ou de vertèbre [1]. Quant aux causes iatrogènes, elles sont représentées essentiellement par la mise en place d'un drain pleural ou d'un cathéter veineux [2,3]. Les autres étiologies sont d'origine spontanée, ou suite à un pontage coronarien [4,5]. Un hématome extrapleurale révélateur d'une section traumatique de l'artère thoracique interne n'a jamais été décrit. Le diagnostic est essentiellement radiologique le plus souvent de découverte fortuite. L'image radiologique évocatrice est une opacité en forme de D à base pariétale [6,7]. Parfois, il peut s'agir d'un hémithorax opaque. Le diagnostic exact de la lésion en cause est souvent difficile en préopératoire. La tomographie thoracique permet de mettre en évidence une collection de densité spontanée élevée située dans l'espace extrapleurale. Cette densité est entourée par un liseré graisseux sur toute sa périphérie, correspondant à la graisse extrapleurale en dedans et à la graisse tapissant la face externe du fascia endothoracique en dehors [1]. Ce signe du liseré graisseux permet la distinction entre un hématome extrapleurale, un hémithorax et un hématome pariétal. L'état hémodynamique de notre patient ne nous a pas permis de réaliser l'examen tomographique qui aurait pu être

contributif dans la démarche diagnostique. Le traitement d'un hématome extrapleurale peut être conservateur si le patient est stable sur le plan hémodynamique et le drainage thoracique permet son évacuation. La thoracotomie est indiquée en cas d'instabilité hémodynamique ou devant un drainage thoracique ramenant plus de 1 500–2 000 ml, ou encore devant un hématome extrapleurale caillotté avec persistance de l'image radiologique. D'autres auteurs proposent un traitement par thoracoscopie si l'état hémodynamique du patient le permet [4]. Un cas d'embolisation d'une artère intercostale dans la prise en charge d'un hématome extrapleurale chez un patient victime d'un accident de la voie publique a été rapporté [6].

En conclusion, l'hématome extrapleurale est une entité clinique rarement rapportée, et son origine liée à une section traumatique de l'artère thoracique interne l'est encore plus. Si la tomographie thoracique est un examen clé du diagnostic, la thoracotomie exploratrice reste le seul moyen permettant de mettre en évidence rapidement l'hématome extrapleurale, de déterminer son origine et de réaliser des gestes d'hémostase. Son indication est dictée par l'état hémodynamique précaire du patient et/ou devant un saignement actif pouvant nécessiter une chirurgie salvatrice d'urgence.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Moulin G, Bartoli JM, Fighiera M, et al (1992) Hématome extrapleurale. *J Radiol* 73:327–30
2. Aquino SL, Chiles C, Oaks T (1997) Displaced extrapleurale fat as revealed by CT scanning: evidence of extrapleurale hematoma. *AJR* 169:687–9
3. Gilkeson RC, Abramson S (1999) Displacement of extrapleurale fat with extrapleurale hematoma. *AJR* 173:243–4
4. Crema MD, Monnier-Cholley L, Maury E, et al (2004) Quel est votre diagnostic ? *J Radiol* 85:419–21
5. Konen O, Hertz M, Klein H, et al (2002) Hematoma as an unexpected finding on a follow-up chest X-ray after coronary surgery. *Eur J Radiol* 44:225–7
6. Seiji M, Tomoatsu T, Tomokazu F, et al (2009) Arterial embolization of an extrapleurale hematoma from a dislocated fracture of the lumbar spine: a case report. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 17:27
7. Masuda R, Ikoma Y, Oiwa K, et al (2013) Delayed hemothorax superimposed on extrapleurale hematoma after blunt chest Injury: a case report. *Tokai J Exp Clin Med* 38:97–102