

Embolie pulmonaire de présentation abdominale

Pulmonary Embolism with Abdominal Presentation

S. Beroud

Reçu le 28 octobre 2015 ; accepté le 4 février 2016
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

Introduction

L'embolie pulmonaire (EP) est une affection dont le diagnostic est délicat du fait de présentations trompeuses [1–2]. L'EP est aussi bien évoquée en excès [3] que parfois manquée [4]. L'EP peut parfois prendre le masque d'un tableau abdominal aigu, sans signe respiratoire associé franc, comme cela a été le cas pour le patient dont nous rapportons l'observation et dont le diagnostic « inopiné » d'EP n'a été permis que par la lecture méticuleuse du scanner (TDM) abdominal.

Observation

Un homme de 76 ans, sans antécédent notable, autonome, s'est présenté aux urgences pour une douleur abdominale (DA) évoluant depuis trois jours. Il avait pour seul traitement du finastéride. Le patient amenait avec lui les résultats d'une échographie abdominale réalisée la veille en ville, qui retrouvait une distension colique majeure, prédominante au niveau de l'angle droit. Une TDM était prévue pour le lendemain, mais face à l'exacerbation des DA, il s'est rendu aux urgences dans la nuit.

L'examen retrouvait un abdomen sensible en hypocondre droit (HCD), siège d'une défense et en épigastre, avec des bruits hydroaériques (BHA) rares. Le patient ne rapportait ni arrêt des matières et des gaz, ni vomissements. La douleur était majorée à l'inspiration. Ces paramètres vitaux à l'admission étaient : fréquence cardiaque à 70 bpm, pression artérielle à 148/75 mmHg, température à 36,5 °C, saturation à 96 % en air. L'examen cardiopulmonaire était sans parti-

cularité. Le patient était en sueur. L'électrocardiogramme (ECG) n'était pas modifié par rapport à l'ECG de référence du patient. La biologie retrouvait : leucocytes à 11 G/l, protéine C réactive à 171 mg/l, absence de cytolyse et de cholestase, lipasémie normale, lactate bas.

Une TDM abdominale injectée est réalisée sur laquelle il n'est pas retenu de cause digestive à la DA, mais où est mise en évidence une EP bisegmentaire inférieure droite avec infarctus pulmonaire ainsi qu'un épanchement pleural (Fig. 1). Il n'a pas été retrouvé de distension colique. Le patient a été anticoagulé par une héparine de bas poids moléculaire et hospitalisé. Il est sorti 48 heures plus tard sous anticoagulant oral direct, sans antibiotique avec un transit normal et une bonne évolution générale. La cause de la distension colique transitoire a été mise sur le compte de l'iléus secondaire aux DA générées par l'EP.

Discussion

Nous nous étions focalisés sur une cause digestive, le patient venant avec les résultats d'une échographie réalisée pour une DA, et la symptomatologie étant restée abdominale. Le diagnostic n'a été permis que par la lecture des coupes thoraciques basses disponibles sur cette TDM abdominale. Après reprise de l'anamnèse, le patient ne présentait aucun facteur de risque de maladie thromboembolique. La réévaluation clinique ne retrouvait pas de signe en faveur d'une phlébite, ni de signe d'insuffisance ventriculaire droite (IVD).

La présentation abdominale des EP a été décrite dès 1957 [1], avec une fréquence de 6,7 %. Selon ces auteurs, l'EP peut se manifester par un tableau abdominal aigu avec des douleurs de la partie supérieure droite de l'abdomen avec ou sans défense. Les DA résulteraient de l'irritation de la plèvre au contact du diaphragme ou d'une congestion hépatique secondaire à l'IVD. Cet article ne colligeait que des cas de douleur de l'HCD ou de l'épigastre. Puis des cas de douleur de l'hypocondre gauche ou du flanc gauche ont été publiés [5,6]. Le plus souvent, les signes digestifs (DA au premier plan)

S. Beroud (✉)
Hospices civils de Lyon, centre hospitalo-universitaire Lyon Sud,
pôle des urgences, service d'accueil des urgences,
chemin du Grand-Revoynet, Pierre-Bénite,
F-69394 Lyon cedex 03, France
e-mail : sebastien.beroud@chu-lyon.fr



Fig. 1 Coupes de la TDM abdominale injectée. A. Coupe frontale. B. Coupe transversale. C. Coupe sagittale. Flèches blanches épaisses : défaut d'opacification, avec sur la coupe B une différence de contraste par rapport à la branche de l'artère pulmonaire qui lui est postérieure (flèche blanche fine). Flèches jaunes : foyer de nécrose. Flèches noires : épanchement liquidien cloisonné

sont accompagnés de manifestations cardiorespiratoires sans que cela ne soit systématique. Pour plusieurs patients, les paramètres vitaux étaient normaux [6,7], ce qui peut favoriser l'errance diagnostique. Parfois, seule la fréquence respiratoire est accélérée [5,6]. La douleur a volontiers une composante pleurétique [6–8]. Certains patients sont fébriles [7] ce qui, en présence de signe digestif, peut orienter à tort vers une infection intra-abdominale.

Diverses hypothèses ont été proposées pour expliquer les DA. En plus de la congestion hépatique (pour les DA latéralisées à droite) et des signes d'irritation pleurale [1], des auteurs ont évoqué une étiologie musculaire (douleurs des muscles intercostaux) ainsi qu'une irritation des terminaisons nerveuses sensibles de la plèvre pariétale [8]. Des mécanismes moins évidents ont été avancés. Une hyperesthésie des branches nerveuses assurant la sensibilité des dermatomes du flanc a été invoquée [5], en cas d'irritation des branches pleurales des nerfs intercostaux. Morecroft et Lea rappellent que l'arbre respiratoire se développe à partir de l'intestin primitif antérieur [8]. Les messages nociceptifs en provenance des structures issues de cet intestin primitif seraient mal localisés tout comme leurs représentations à l'étage médullaire. Ces particularités d'innervation pourraient expliquer les DA hautes dans l'EP par un « chevauchement sensoriel ». En fait, les causes de DA sont intriquées et non complètement élucidées.

En plus de l'irritation de la plèvre diaphragmatique, évidente pour notre patient, nous proposons une nouvelle cause en lien avec un iléus : la distension colique. Des signes d'iléus (BHA rares, distension abdominale) sont régulièrement rapportés [7]. Une défense n'est pas systématique [5,9]. Des patients ont été opérés devant un tableau d'abdomen chirurgical [1,7] ; certains, toujours avec une présentation abdominale de leur EP, sont décédés (EP massive [9], retard diagnostique [7]). Les DA dans le cadre d'une EP peuvent aussi bien se rencontrer dans des EP distales que proximales et sont latéralisées du côté de l'embolie.

En 2013, des radiologues [10] se sont intéressés aux EP non diagnostiquées (manquées) chez des patients qui avaient bénéficié d'une TDM abdominale injectée, puis d'un angio-TDM thoracique authentifiant une EP. Ils ont relu les coupes thoraciques basses des TDM abdominales et ont regardé si le diagnostic aurait pu être fait dès la TDM abdominale. Chez 18 patients, l'EP était visible (radiologues unanimes), mais non décrite sur les comptes rendus des TDM abdominales ; pour sept de ces patients, l'EP a été diagnostiquée avec un retard moyen de sept jours.

En s'appuyant sur cette étude ainsi que sur l'évolution favorable de notre patient, on peut écarter un faux-positif. Lorsque le contraste est bon, comme c'était le cas chez notre patient, bien que le temps d'injection d'une TDM abdominale diffère à celui d'un angio-TDM thoracique, on peut affirmer le diagnostic d'EP. Pour les mêmes raisons, l'idée d'un incidentalome consistant en la découverte fortuite d'une EP sans lien avec la symptomatologie digestive peut être abandonnée. On peut regretter que le patient n'ait pas eu un écho-doppler veineux des membres inférieurs ni un angio-TDM thoracique pour préciser le diagnostic. De même, le patient n'a pas bénéficié d'une stratification du risque de décès avec l'utilisation d'un score ou de dosage de biomarqueurs [2].

En conclusion, la présentation des EP est protéiforme et peut prendre l'aspect d'une DA, jusqu'à constituer un ventre chirurgical. Sa sémiologie trompeuse nécessite de garder une grande vigilance. La présence d'une composante pleurale à cette DA doit alerter le clinicien sur la possibilité d'une étiologie extra-abdominale, notamment une EP, surtout en présence d'une dyspnée ou d'une polypnée. Radiologues et urgentistes devraient, lors des lectures de TDM abdominales, analyser les coupes thoraciques basses à la recherche d'arguments pour une EP lorsque les coupes abdominales ne retrouvent pas d'explication au tableau clinique.

Remerciements Merci au Dr O. Rouvière pour la relecture des coupes TDM.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Israel HL, Goldstein F (1957) The varied clinical manifestations of pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 47:202–26
2. Konstantinides S, Torbicki A, Agnelli G, et al (2014) 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Respiratory Society (ERS). *Eur Heart J* 35:3033–69
3. Kennedy N, Jayathissa S, Healy P, et al (2015) Investigation of suspected pulmonary embolism at Hutt Valley Hospital with CT pulmonary angiography: current practice and opportunities for improvement. *Adv Med* 2015:357576
4. Calder KK, Herbert M, Henderson SO (2005) The mortality of untreated pulmonary embolism in emergency department patients. *Ann Emerg Med* 45:302–10
5. Kaminski N, Lossos IS, Ben-Sira L, et al (1995) Flank pain as a presentation of pulmonary embolism. *Respir Med* 89:65–6
6. Amesquita M, Cocchi MN, Donnino MW (2009) Pulmonary embolism presenting as flank pain: a case series. *J Emerg Med* 42:e97–e100
7. Smith DC (1996) Pulmonary embolism presenting as an acute surgical abdomen. *J Emerg Med* 14:715–7
8. Morecroft JA, Lea RE (1984) Pulmonary thromboembolism presenting as abdominal pain. *BMJ* 289:1540–1
9. Hodkinson EC, Noad RL, Menown IB (2012) Massive pulmonary embolus presenting with abdominal pain. *Ulster Med J* 81:98
10. Lim KY, Kligerman SJ, Lin CT, White CS (2014) Missed pulmonary embolism on abdominal CT. *AJR Am J Roentgenol* 202:738–43