

L'IMAGE DU MOIS

HYPER-ÉCHOGÉNICITÉS INTRA-CAVITAIRES CARDIAQUES DROITES AU DÉCOURS D'UNE ISCHÉMIE MÉSENTÉRIQUE

BERTRAND T (1)

RÉSUMÉ : Ce cas clinique démontre l'importance de l'échocardiographie dans le diagnostic et le suivi de patients dûment sélectionnés aussi bien dans les services d'Urgences que de Soins intensifs. Nous rapportons la mise en évidence d'images hyper-échogènes au sein des cavités cardiaques droites aboutissant finalement au diagnostic d'une ischémie mésentérique.

MOTS-CLÉS : *Aéroportie - Échocardiographie - Ischémie mésentérique*

RIGHT HEART INTRA-CAVITARY ECHOGENIC FOCI FOLLOWING MESENTERIC ISCHEMIA

SUMMARY : This clinical case demonstrates the pivotal role of repeated cardioechography in both diagnosis and follow-up of well selected ER and ICU inpatients. We report the finding of right heart intra-cavitar hyper-echogenic foci ultimately leading to the diagnosis of mesenteric ischemia.

KEYWORDS : *Aeroportia - Cardioechography - Mesenteric ischemia*

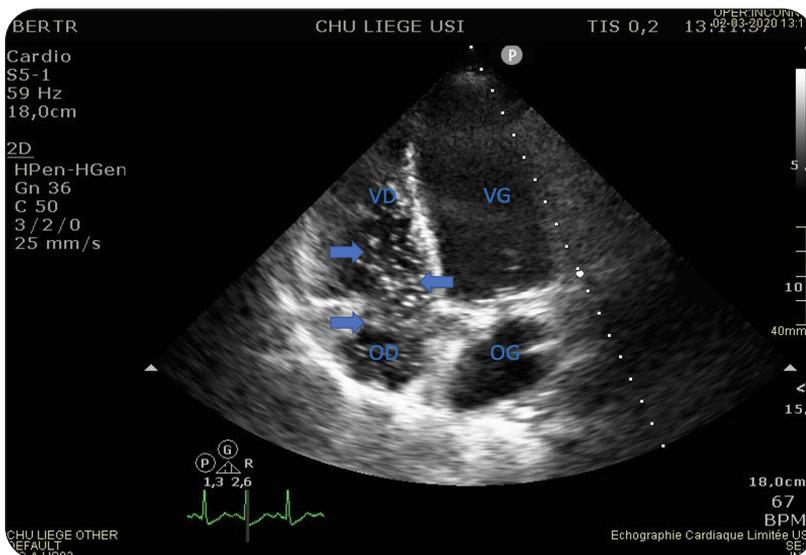


Figure 1. Échocardiographie transthoracique avec présence de bulles d'air (flèches bleues) au niveau des cavités droites. OD: Oreillette droite; VD: Ventricule droit; OG: Oreillette gauche; VG: Ventricule gauche

PRÉSENTATION CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une patiente de 53 ans atteinte d'une cirrhose post-éthylrique qui est transférée aux Soins Intensifs avec un tableau d'encéphalopathie nécessitant sédation et ventilation invasive. Le bilan biologique initial met en évidence une anémie macrocytaire, une thrombopénie, une insuffisance rénale de stade 2 et des troubles ioniques majeurs. Une ponction évacuatrice d'ascite et un bilan bactériologique étendu sont réalisés. On procède, dès l'admission, à une échocardiographie transthoracique

à des fins d'optimisation hémodynamique. Cet examen révèle des signes échographiques d'hypovolémie nécessitant un remplissage vasculaire.

Afin d'évaluer les effets de ce remplissage vasculaire, une nouvelle échocardiographie transthoracique est réalisée approximativement 30 minutes plus tard. Elle met en évidence, au sein des cavités cardiaques droites, de multiples images hyper-échogènes mobiles avec le flux sanguin (Figure 1). L'examen est alors étendu à l'étude de l'abdomen supérieur et retrouve des images intra-hépatiques similaires au sein des branches de division du système porte (Figure 2). Ces formations hyper-échogènes correspondent, en première hypothèse, à des images artéfactuelles produites par la présence de bulles d'air dans les branches de division portale et les cavités droites. Au vu de ce tableau, une ischémie mésentérique est sus-

(1) Service Anesthésie-Réanimation - Urgences, CHR Citadelle, Liège, Belgique.

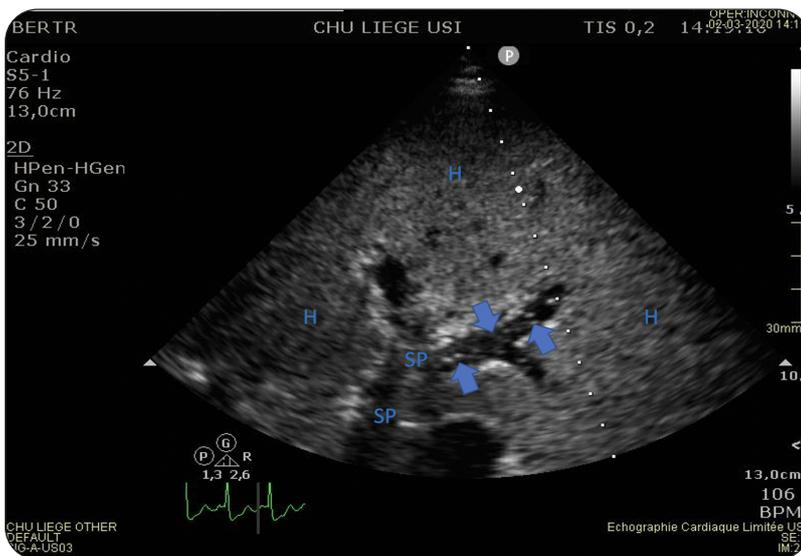


Figure 2. Échographie hépatique (H) avec présence de bulles d'air (flèches bleues) au niveau du système porte (SP).

pectée. Le CT-scanner confirmera l'ischémie mésentérique avec aéroportie et présence d'air dans les cavités cardiaques droites, confirmant l'origine suspectée des anomalies échocardiographiques. Malgré le remplissage vasculaire, la patiente nécessitera l'administration de norépinéphrine, sans grand succès. Cependant, devant le tableau critique, une désescalade des soins est décidée.

DISCUSSION

L'échocardiographie est devenue un outil indispensable dans l'évaluation hémodynamique des patients en état critique. Elle permet de comprendre le mécanisme d'un état de choc ou d'une détresse respiratoire, mais aussi d'en diagnostiquer la cause (1, 2). Les anesthésistes-réanimateurs et autres intensivistes doivent actuellement se former à cette technique non invasive afin de les aider dans leurs démarches diagnostiques et thérapeutiques.

L'évaluation hémodynamique des patients admis aux soins intensifs s'est améliorée ces dernières années. L'échocardiographie a désormais une place majeure comme outil de diagnostic, mais aussi comme moyen de suivi et de monitoring des patients hémodynamiquement instables (3, 4).

Dans ce cas clinique, l'ischémie mésentérique est le résultat d'un bas débit cardiaque prolongé précédant l'optimisation hémodynamique de la patiente. Ce n'est qu'à la seconde échocardiographie, pourtant rapprochée, que les anomalies d'échogénicité intra-cavitaire sont mises en évidence, renforçant l'hypothèse diagnostique.

Ces bulles d'air intra-cavitaires correspondent à la résorption veineuse portale, puis systémique, de la pneumatose pariétale, observations confirmées par les données du CT-scanner abdominal. Pour rappel, aéroportie et résorption gazeuse systémique sont des signes de gravité dans les ischémies mésentériques (5).

Ce cas exemplatif confirme bien la nécessité de répéter les échocardiographies, examens peu, voire pas invasifs, mais ô combien informatifs, en particulier dans les situations critiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vignon P. Hemodynamic assessment of critically-ill patients using echocardiography Doppler. *Curr Opin Crit Care* 2005;**11**:227-34.
2. Beaulieu Y, Marik PE. Bedside ultrasonography in the ICU: Part 1. *Chest* 2005;**128**:881-95.
3. Antonelli M, Levy M, Andrews PJ, et al. Hemodynamic monitoring in shock and implications for management. *Intensive Care Med* 2007;**33**:575-90.
4. Axler O. Evaluation and management of shock. *Semin Respir Crit Care Med* 2006;**27**:230-40.
5. Latif E, Ahmed K, Zarour A. Extensive aéroportia, operate or not to operate? A report of a challenging case. *Cureus* 2021;**13**:e13295.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Bertrand T, Service d'Anesthésie-Réanimation, CHR Citadelle, Liège, Belgique.

Email : thibaut.bertrand@chrcitadelle.be