

L'IMAGE DU MOIS

TORSION PULMONAIRE EN POST-OPÉRATOIRE APRÈS LOBECTOMIE SUPÉRIEURE PAR THORACOTOMIE

DEBROUX S (1, 2), Gos L (1, 2)

RÉSUMÉ : Le but de cet article est de décrire le cas d'une torsion pulmonaire survenue après une résection pulmonaire élective. C'est une affection rare, mais potentiellement mortelle, qui se traduit par une rotation du poumon sur son propre axe. Bien que cette affection puisse survenir de manière spontanée, elle apparaît le plus souvent dans les suites d'une lobectomie. Un diagnostic précoce et une intervention chirurgicale rapides sont essentiels afin de prévenir les complications. Le traitement est chirurgical et consiste à repositionner le poumon en position physiologique. Toutefois, la présence de lésions ischémiques peut conduire à une résection plus large de la portion pulmonaire concernée.

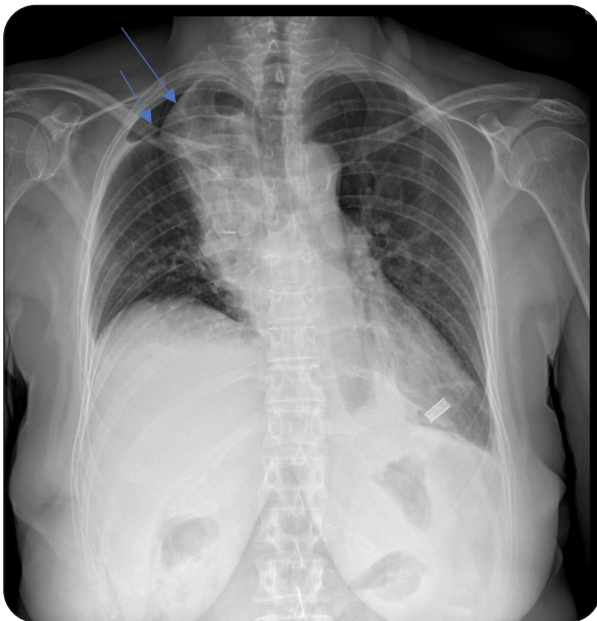
MOTS-CLÉS : Lobectomie pulmonaire - Cancer du poumon - Chirurgie thoracique - Torsion pulmonaire

POSTOPERATIVE PULMONARY TORSION AFTER UPPER LOBECTOMY BY THORACOTOMY

SUMMARY : The aim of this case report is to describe a lobar torsion after elective pulmonary resection. This is a rare but potentially fatal condition in which the lung rotates on its own axis. Although this condition may occur spontaneously, it most often follows lobectomy. Early diagnosis and prompt surgical intervention are essential to prevent complications. Treatment is surgical, and involves repositioning the lung in a physiological position. However, the presence of ischaemic lesions may lead to the resection of the lung portion concerned.

KEYWORDS : Pulmonary lobectomy - Pulmonary torsion - Lung cancer - Thoracic surgery

Figure 1. Radiographie thoracique le lendemain de la lobectomie supérieure droite



Condensation paramédiastinale droite, en majeure partie lobaire moyenne. Position anormalement haute du lobe moyen (flèches). Il s'agit de signes indirects laissant suspecter une torsion pulmonaire dans le contexte post-opératoire d'une lobectomie supérieure droite.

OBSERVATION CLINIQUE

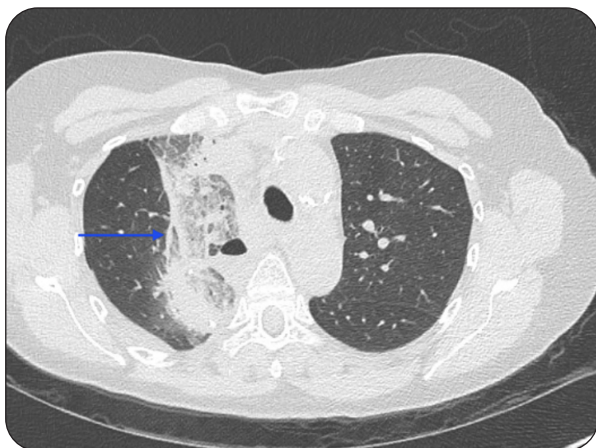
La patiente est âgée de 55 ans, et ne présente pas d'antécédent particulier, hormis un tabagisme actif. À la suite d'un bilan iconographique réalisé dans le cadre de dorsalgies invalidantes, un nodule pulmonaire est décelé de manière fortuite. Quelques mois plus tard, dans le cadre du suivi de cette masse, un scanner de contrôle révèle la progression volumique de cette lésion pulmonaire. Une ponction diagnostique est donc réalisée et met en évidence un adénocarcinome pulmonaire de type acinaire, situé au niveau du lobe supérieur droit. Comme le bilan d'extension est négatif et que les tests fonctionnels respiratoires ne contre-indiquent pas de résection chirurgicale, une lobectomie supérieure droite avec curage ganglionnaire médiastinal par thoracotomie vidéo-assistée est proposée.

Le lendemain de l'intervention, l'examen clinique révèle, de façon inattendue, une hypoventilation du lobe moyen. La patiente bénéficie d'une oxygénothérapie nasale à faible débit et ses paramètres hémodynamiques restent strictement normaux. La radiographie thoracique montre une condensation significative au niveau du lobe moyen (Figure 1). Celle-ci est confirmée par le biais d'un scanner thoracique (Figures 2, 3).

Sans délai, la patiente est reprise au bloc opératoire. La suspicion de torsion du lobe moyen est alors confirmée. Une congestion vei-

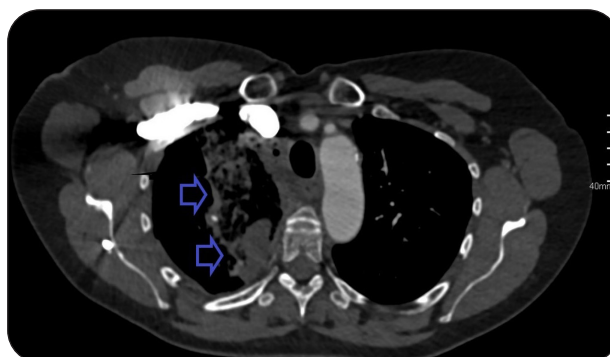
(1) Centre Interdisciplinaire d'Algologie, CHU Liège, Belgique.
(2) Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Liège, Belgique.

Figure 2. Scanner thoracique (fenêtre parenchymateuse) en post-opératoire d'une lobectomie supérieure droite



Aspect réticulé du parenchyme pulmonaire laissant suspecter un infarctissement du lobe moyen droit. Il est rare d'objectiver une torsion nette du pédicule vasculaire. Il s'agit, la plupart du temps, de signes indirects (flèche).

Figure 3. Scanner thoracique (fenêtre médiastinale) en post-opératoire d'une lobectomie supérieure droite



Raréfaction de la vascularisation du lobe moyen. Cette imagerie dans un contexte post-opératoire de lobectomie doit faire suspecter un volvulus pulmonaire (flèches).

Tableau I. Diagnostic différentiel d'une détresse respiratoire aiguë avec collapsus hémodynamique après une chirurgie pulmonaire (4)

- Torsion pulmonaire	- Surdosage en morphinique
- Pneumothorax	- Bronchospasme
- Infarctissement veineux	- Embolie pulmonaire
- Hémothorax	- Œdème aigu du poumon associé à une défaillance cardiaque
- Atélectasie du côté opéré	- Hernie cardiaque

neuse sévère est associée, mais sans signe de souffrance tissulaire. Le lobe moyen est donc repositionné puis agrafé en position physiologique. La patiente sera ensuite surveillée en unité de soins intensifs, sans qu'aucune complication additionnelle ne survienne.

DISCUSSION

La torsion pulmonaire est une affection rare, représentant un faible pourcentage des urgences chirurgicales thoraciques. L'incidence de torsion après résection pulmonaire est évaluée à 0,3 % (1). Bien que la torsion pulmonaire puisse survenir spontanément, il existe certains facteurs de risque comme la présence de variants anatomiques, une chirurgie thoracique préalable, un traumatisme thoracique, une tumeur pulmonaire, ou encore des troubles du tissu conjonctif sous-jacents (2, 3). La cause

la plus fréquente reste cependant la lobectomie supérieure, avec une atteinte préférentielle du lobe moyen droit (1).

Le diagnostic est rendu difficile par la présentation clinique peu spécifique de cette pathologie (Tableau I) (4). Une suspicion peut être émise sur base de l'examen clinique, *a fortiori* en post-opératoire d'une thoracotomie. Néanmoins, le recours à une imagerie est crucial pour établir le diagnostic de façon formelle. La radiographie pulmonaire peut révéler des résultats tels que le déplacement des structures médiastinales, l'opacification rapide et homogène du poumon affecté, un hile anormal ou de l'air piégé (2). Bien qu'il n'existe pas d'aspect scanographique pathognomonique, la tomodynamométrie reste la modalité d'imagerie de référence. Notons qu'il existe une place pour la bronchoscopie dans le diagnostic précoce, celle-ci révélant alors une obstruction bronchique complète.

Face à une suspicion de volvulus pulmonaire, la prise en charge doit être rapide. La torsion pulmonaire est une condition grave avec de sévères complications pouvant aller jusqu'à l'infarctus pulmonaire. L'intervention chirurgicale précoce est primordiale car tout délai de prise en charge entraîne une surmortalité (2).

CONCLUSION

La torsion pulmonaire représente une rotation du pédicule bronchovasculaire entraînant une obstruction des voies aériennes et une atteinte vasculaire. Cette pathologie survient presque toujours après une lobectomie. Néanmoins, le diagnostic n'est pas aisé en raison d'une présentation clinique aspécifique. Les modalités d'imagerie telles que la radiographie ou la tomodensitométrie jouent donc un rôle primor-

dial. Une réopération précoce est nécessaire afin de minimiser le risque de mortalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cable DG, Deschamps C, Allen MS, et al. Lobar torsion after pulmonary resection: presentation and outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001;**122**:1091-3.
2. Felson B. Lung torsion: radiographic findings in nine cases. *Radiology* 1987;**162**:631-8.
3. Moser ES, Proto AV. Lung torsion : Case report and literature review. *Radiology* 1987;**162**:639-43.
4. Brioude G, Gust L, Thomas PA, D'Journo XB. Complications post-opératoires des exérèses pulmonaires. *Rev Mal Respir* 2019;**36**:720-37.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Debroux S, Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Liège, Belgique.

Email : sdebroux@student.uliege.be