

Quand les bulles s'éclatent...

When the bubbles burst...

J.L. Rakotoson (1)*, R.L. Andrianasolo (2), W. Ratovondrainy (3),
J.R. Rakotomizao (1), J. Rajaoarifetra (1), M.H. Tiaray (1),
A.C.F. Andrianarisoa (1)

(1) USFR de Pneumologie, CHU d'Antananarivo, Madagascar

(2) USFR des Maladies Infectieuses, CHU d'Antananarivo, Madagascar

(3) Service de Neuro-chirurgie du centre hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar

Un homme de 59 ans, tabagique à 12 paquet-années, exposé à des polluants professionnels (fumée d'un groupe électrogène) était hospitalisé pour une dyspnée stade III de Sadoul associée à une toux grasse productive. L'examen clinique révélait une altération de l'état général, une saturation pulsée (SpO₂) à 96% en air ambiant, une distension thoracique avec un tympanisme important, une abolition des murmures vésiculaires au niveau de la base droite et des râles crépitants des apex à l'auscultation pulmonaire. L'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) montrait un trouble ventilatoire mixte à prédominance obstructive évoquant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) très sévère au stade IV. La recherche de bacille acido-alcool-résistant (BAAR) dans les crachats était positive. Les images scannographiques retrouvaient des multiples lésions (Figure 1 à 4). Aucun signe de malignité n'a été retrouvé à la fibroscopie bronchique. Le patient recevait des nébulisations de béta-2 mimétique, une corticothérapie de courte durée, des antituberculeux. Un repos strict au lit et une oxygénothérapie étaient associés au traitement. Le drainage pleural était refusé par le patient. L'évolution était marquée par une amélioration de l'état clinique et une stabilité des lésions scannographiques.



Figure 1. Coupe scannographique en fenêtre parenchymateuse passant par les apex montrant une volumineuse caverne à paroi épaisse, rétractile à droite, une masse oblongue

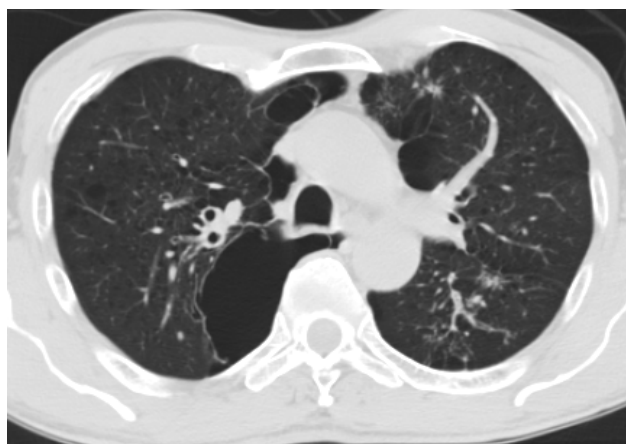


Figure 2. Coupe scannographique montrant des énormes bulles d'emphysème médiastinales prédominant à droite.

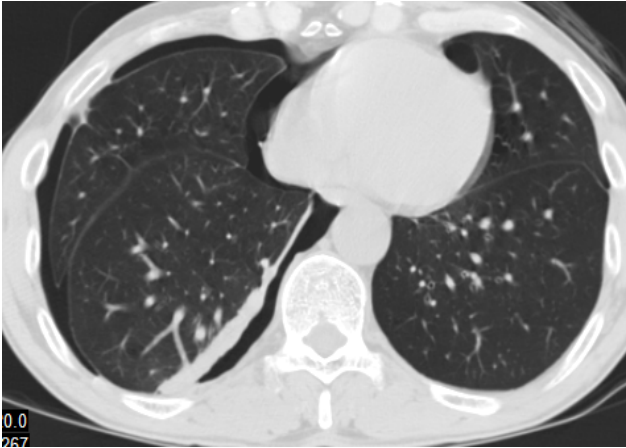


Figure 3. Scanner thoracique révélant un pneumothorax droit complet très important et un énorme pneumomédiastin refoulant les organes médiastinaux vers le côté gauche.

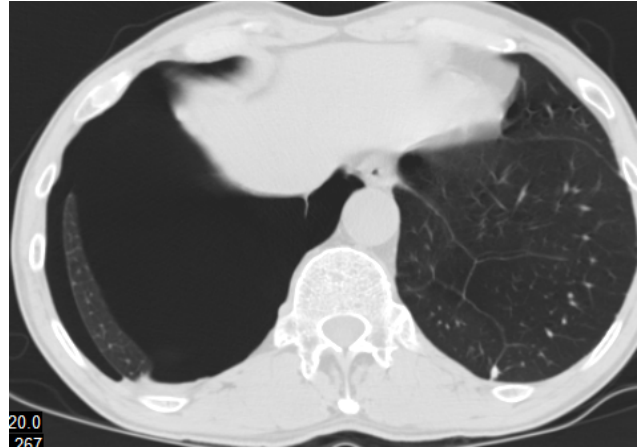


Figure 4. Coupe scannographique passant par les bases pulmonaires montrant une lésion de densité gazeuse évoquant un volumineux pneumothorax occupant toute la région basale pulmonaire droite ne laissant persister qu'une infime partie du segment postéro-basal du lobe inférieur droit. Cette lésion intéresse également la région médiastinale.

Les emphysèmes (panlobulaire et centrolobulaire) sont des élargissements permanents des espaces aériens distaux au-delà des bronchioles terminales avec une destruction des parois alvéolaires sans fibrose [1]. Leurs complications, exceptionnellement retrouvées chez un même patient, sont dominées par le pneumothorax et le pneumomédiastin. Il y a 60 ans, les pneumothorax étaient presque tous d'origine tuberculeuse, soit spontané soit thérapeutique [2]. Le pneumomédiastin secondaire survient lors d'une augmentation de la différentielle de pression alvéolo-interstitielle appelé l'effet Macklin [3]. Cela est dû à une surpression intra-alvéolaire, associée ou non à une fragilisation du tissu interstitiel (emphysème pulmonaire), avec pour conséquence de créer une rupture alvéolaire [4]. Le cas de notre patient souligne l'importance des complications de l'emphysème pulmonaire et des cavernes tuberculeuses à type de pneumothorax et de pneumomédiastin survenues simultanément. En cas de pneumothorax

survenant dans un contexte de maladie respiratoire connue ou révélant celle-ci, le drainage pleural s'impose à l'aide d'un drain de gros calibre [2].

La lutte contre le tabagisme est capitale pour éviter l'installation de ces lésions graves et extensives pouvant mettre en jeu le pronostic vital immédiat et à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie.

Références

1. Mal H, Crestani B, Aubier M, *et al.* Emphysème pulmonaire : évolution des concepts. *Médecine/sciences* 1999; 15: 833-41.
2. Ray P, Lefort Y. Prise en charge d'un pneumothorax non traumatique. EMC (Elsevier SAS, Paris), Urgences, 24-113-D-10, 2006.
3. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema: pathophysiology, diagnosis, and management. *Arch Int Med* 1984; 144: 1447-53.
4. Bonnard L, Lemaire V, Rademecker MA, *et al.* Le pneumomédiastin spontané. *Rev Med Liege* 2006; 61(2): 65-6.