



CASE STUDY

Pulmonary embolism presenting as right hypochondriac pain

Embolie pulmonaire découverte par une douleur de l'hypocho dre droit

K. Sidibé¹, S. Rabiou², Y. Alaoui Lamrani¹, G. Fofana³, H. Siradjidine³, M. Boubbou¹, M. Maârroufi¹

¹: Service de Radiologie, CHU Hassan II Fès, Maroc

²: Service de Chirurgie Thoracique, CHU Hassan II Fès, Maroc

³: Service de Cardiologie, CHU Hassan II Fès, Maroc

ABSTRACT

Acute right hypochondriac pain, frequent symptom for consultation at the emergency ward is more often suggestive of hepato-biliary affections. Pulmonary Embolism presenting as right hypochondriac pain is a rare occurrence. Thus we hereby deem highly interesting to report a case of female patient who presented with acute right hypochondriac pain for which diagnostic imaging notably thoracic abdomino pelvic CT scan revealed a pulmonary embolism. This constitutes a rare presentation of pulmonary embolism which could lead to misdiagnosis and delayed management

KEYWORDS: Right hypochondriac pain, pulmonary embolism, CT scan

RÉSUMÉ

La douleur aigue de l'hypocondre droit, motif fréquent de consultation en urgence, oriente en premier lieu vers une pathologie hépatobiliaire. Une douleur aigue de l'hypocondre droit révélant une embolie pulmonaire est rare voire exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'une patiente admise pour prise en charge d'une douleur aigue de l'hypocondre droit dont le bilan radiologique notamment la tomодensitométrie thoraco-abdominopelvienne(TAP) avait conclut à une embolie pulmonaire. C'est un mode de révélation rare pouvant être responsable d'un retard diagnostique.

MOTS CLES: Douleur de l'hypocondre droit, embolie pulmonaire, tomодensitométrie

Auteur correspondant:

Dr Kassim SIDIBÉ. Service de Radiologie. CHU Hassan II Fès, Maroc

E-mail: kadiatoulakas@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'embolie pulmonaire est une affection fréquente et grave [1]. Elle met en jeu le pronostic vital et représente une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle est constituée par la migration dans l'arbre artériel pulmonaire d'un embole le plus souvent cruorique responsable d'une oblitération brusque, totale ou partielle, du tronc ou d'une ou plusieurs branches de l'artère pulmonaire. Sa manifestation clinique caractéristique est celui d'une dyspnée le plus souvent d'installation brutale. Mais elle peut rarement se manifester par d'autres symptômes notamment une douleur de l'hypochondre droit.

A travers ce cas clinique les auteurs soulignent l'intérêt d'approfondir les examens complémentaires devant une douleur aiguë de l'hypochondre droit sans étiologie évidente.

OBSERVATION

Mme RB est âgée de 56 ans sans antécédent pathologique notable. Elle nous a été adressée dans le cadre du bilan radiologique d'une douleur aiguë de l'hypochondre droit dans un contexte d'apyrexie.

L'examen clinique trouvait une sensibilité de l'hypochondre droit et de la région épigastrique. Il n'y avait pas d'ictère associé et l'examen pleuro-pulmonaire était sans particularité notamment pas de dyspnée. L'évaluation de la fonction hépatique était normale, la protéine C-réactive à 20 fois la normale. Il n'y avait pas d'hyperleucocytose.

L'échographie abdomino-pelvienne avait trouvé des lésions kystiques des segments VIII et VI du foie ne pouvant pas expliquer le symptôme de la patiente. Dans le cadre d'une recherche étiologique une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne injectée avait objectivé un défaut de rehaussement du tronc intermédiaire de l'artère pulmonaire droite ainsi que de ses branches lobaires moyenne et inférieure responsable d'un infarctus pulmonaire focal des lobes moyen et inférieur (*Figure 1*).

Il s'y associait la présence également d'un défaut de rehaussement des veines iliaques interne et externe gauches étendu jusqu'à la veine iliaque primitive homolatérale (*Figure 2*). Devant l'ensemble de ces arguments clinique et radiologique nous avons conclu au diagnostic d'une maladie thromboembolique et la patiente a été confiée aux spécialistes pour une prise en charge urgente.

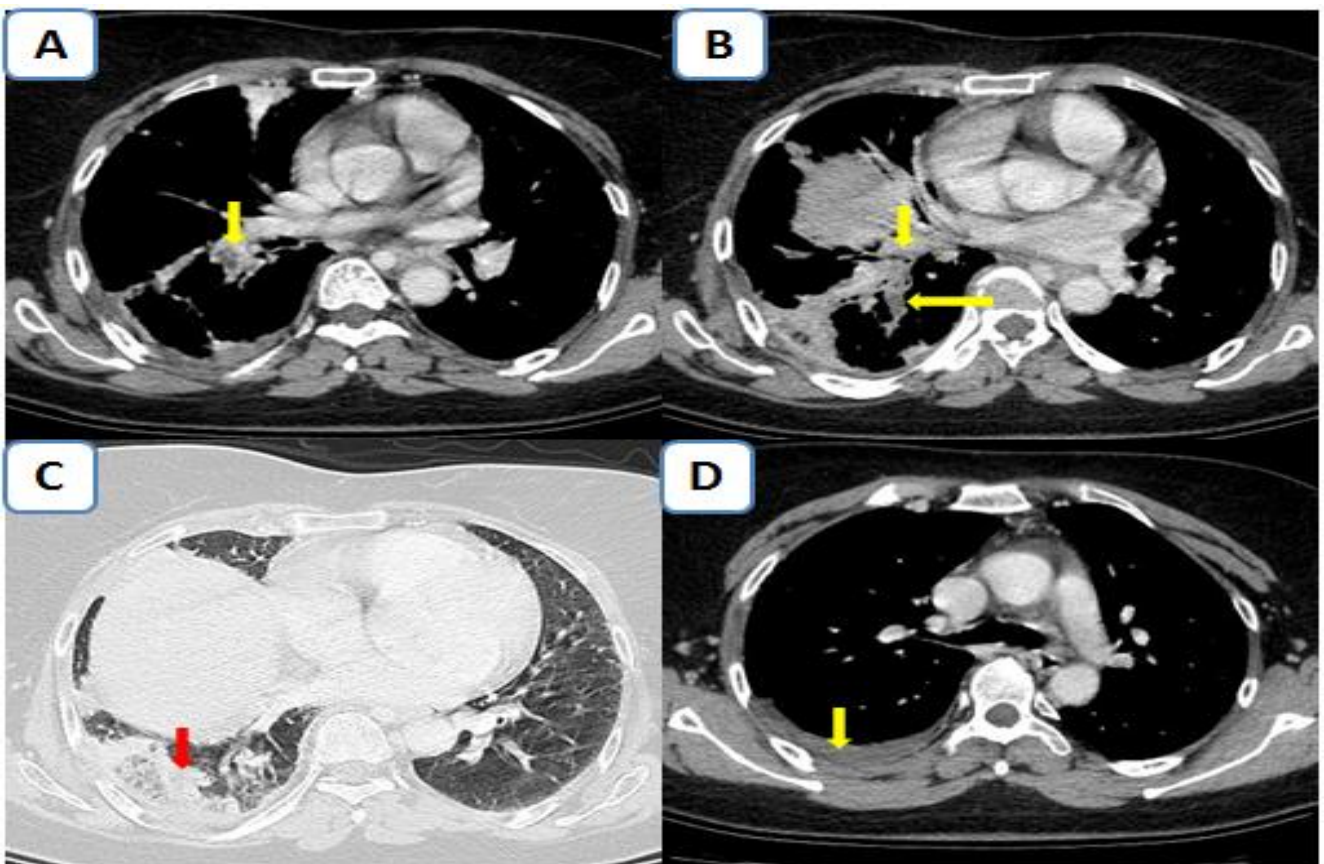


FIGURE 1. Coupes scannographiques à l'étage thoracique après injection de produit de contraste iodé montrant un défaut d'opacification du tronc intermédiaire de l'artère pulmonaire (A), de ses branches lobaire moyenne et lobaire inférieure (B) avec foyer d'infarctus pulmonaire (C) et pleurésie de faible abondance (D).

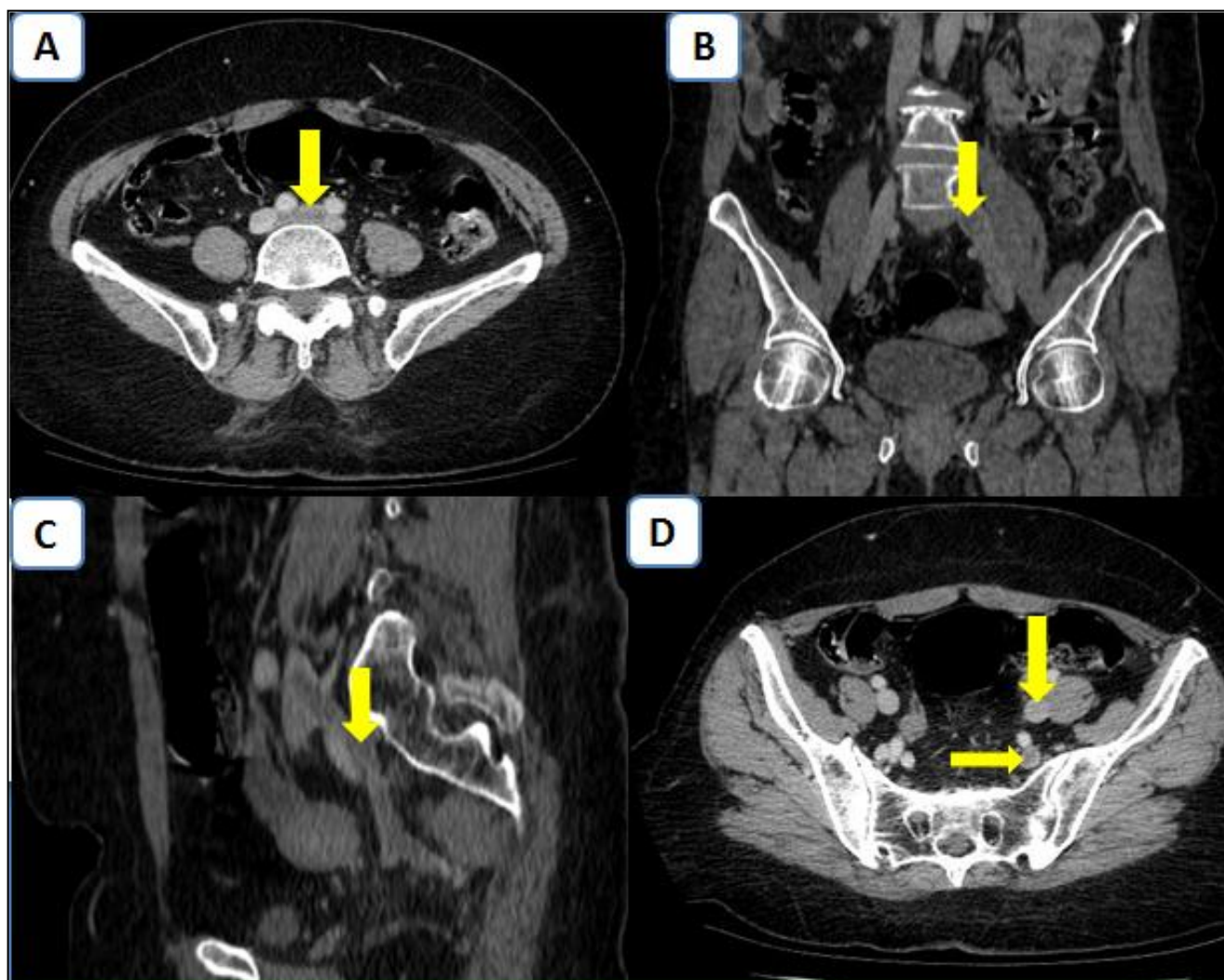


FIGURE 2. Coupes scannographiques à l'étage abdominopelvien après injection de produit de contraste iodé montrant un défaut d'opacification des veines iliaques externe et interne gauches (B, C, D) étendu à l'iliaque primitive homolatérale.

DISCUSSION

L'embolie pulmonaire n'a pas de manifestation clinique spécifique [1]. Il s'agit d'une maladie multifactorielle qui rentre dans le cadre de la maladie thromboembolique. Les signes cliniques les plus rencontrés sont représentés par la dyspnée d'installation brutale associée à une douleur thoracique aiguë. Rarement une embolie pulmonaire peut être découverte suite à une symptomatologie non spécifique notamment une douleur de l'hypochondre droit comme le cas de notre patiente.

L'échographie est une étape diagnostique devant toute douleur abdominale. Elle permet de chercher une étiologie mais souvent ses résultats sont non concluants. Dans le cas précis de notre patiente, l'absence d'argument spécifique nous a conduit à réaliser d'emblée une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne.

Elle avait permis de découvrir la présence d'une embolie pulmonaire intéressant les branches lobaires moyenne et inférieure du tronc intermédiaire de l'artère pulmonaire responsable d'un infarctus pulmonaire à ce niveau. L'association avec de multiples thrombus dans la veine iliaque est un argument supplémentaire pour conclure à une maladie thrombo-embolique. L'embolie pulmonaire découverte suite à une douleur de l'hypochondre droit est rare. La douleur de l'hypochondre droit pourrait s'expliquer par la présence d'un foyer d'infarctus pulmonaire siégeant au lobe inférieur droit comme le cas de notre patiente.

Sur le plan physiopathologique, nous avons évoqué l'hypothèse d'une migration d'un embolie cruriale à partir d'une veine du membre inférieur jusqu'au niveau du tronc intermédiaire de l'artère pulmonaire qui s'est traduit sur le scanner par une

et moyenne de l'artère pulmonaire responsable d'un infarctus pulmonaire d'aval [2,3]. En effet il faut noter que chez notre patiente aucun signe clinique et radiologique en faveur d'une thrombose des membres inférieurs n'est mis en évidence. Il s'agissait probablement d'une migration totale du thrombus des veines profondes des membres inférieurs dans la veine iliaque puis dans le tronç intermédiaire de l'artère pulmonaire. La présence de thrombus résiduel dans la veine iliaque est un argument pour soutenir cette hypothèse. La possibilité d'un thrombus provenant exclusivement des veines iliaques n'est pas à écarter [4].

Il a été aussi démontré par des études que la sensibilité de l'échographie est faible pour la détection des thrombus des veines iliaques ou pelviennes, de la veine cave inférieure et de ses branches comme ce fut le cas de notre patiente où l'échographie doppler abdominopelvienne était négative[5]. Ainsi, un thrombus peut être présent au sein d'une veine abdominale profonde ou des veines pelviennes et être à l'origine de l'embolie pulmonaire sans avoir été visualisé par l'échographie Doppler. La tomographie avec injection permet de mettre en évidence des thromboses veineuses profondes abdominales et pelviennes comme le cas de notre patiente [6].

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. West J., Goodacre S., Sampson F. The value of clinical features in the diagnosis of acute pulmonary embolism: systematic review and meta-analysis. *QJM* 2007; 100: 763-9.
2. Lindblad B, Sternly N, Bergquist P. Incidence of venous thromboembolism verified by necropsy over 30 years. *BMJ* 1991; 302:709-11.
3. Havig O. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism: an autopsy study with multiple regression analysis of possible risk factors. *Acta Chir Scand* 1977; 478(suppl):1-10.
4. Stein PD, Hull RD, Saltzman HA, Pineo G. Strategy for diagnosis of patient's with suspected acute pulmonary embolism. *Chest* 1993; 103:1553-9.
5. Cronan JJ. Venous thromboembolic disease: the role of US. *Radiology* 1993; 186:619-30.
6. Gatewood OMB, Fishman EK, Burrow CR, Walker WG, Goldman SM, Siegelman SS. Renal vein thrombosis in patients with nephrotic syndrome : CT diagnosis. *Radiology* 1986; 159:117-22.

A travers cette observation nous avons voulu ressortir l'intérêt d'une recherche étiologique devant toute douleur abdominale, par des examens complémentaires approfondis comme le scanner thoraco-abdominal. En plus d'explorer l'ensemble des étages thoracique, abdominal et pelvien, il permet de démasquer une thrombose veineuse abdominopelvienne ignorée par l'examen échographique. Il permettra ainsi de raccourcir l'errance diagnostique et donc le délai de la prise en charge.

CONCLUSION

Ce cas rapporte un mode de découverte rare de l'embolie pulmonaire. En effet devant une douleur aigue de l'hypochondre droit il faut penser aux autres diagnostics différentiels notamment l'embolie pulmonaire.

Devant une échographie abdominale non concluante il faut toujours approfondir le bilan par une tomographie Thoraco-abdominopelvienne à la recherche d'autre étiologie comme une embolie pulmonaire. Elle permettra d'avoir un diagnostic mais aussi une prise en charge rapide permettant de gagner en termes de pronostic.