

Hernie pulmonaire post-opératoire d'une " wedge resection " : à propos d'un cas clinique

Postoperative pulmonary hernia of a wedge resection : a case report

De Bodt J.¹, Kirsch L.¹, Vasileiadis D.², Halleux D.², Frusch N.³, Pham C.T.⁴ et Mazairac G.¹

¹Service des Urgences, ²Service de Chirurgie générale, ³Service de Pneumologie, ⁴Service de Radiologie, Centre hospitalier de l'Ardenne, Libramont

RESUME

Nous rapportons le cas d'une patiente de 73 ans se présentant aux urgences pour dyspnée de repos et emphysème sous-cutané thoracique. Les examens complémentaires et la prise en charge chirurgicale mettent en évidence un pneumothorax antérieur et une herniation pulmonaire survenus dans le décours post-opératoire d'une résection en coin (" wedge resection ") par thoracoscopie, réalisée pour une exérèse de métastase pulmonaire d'un adénocarcinome à cellules claires du rein. Complication rarissime de ce genre de procédure, la hernie pulmonaire peut être difficile à distinguer d'un simple pneumothorax lors de la réalisation d'une radiographie du thorax. Dans ce genre de situation, seule l'analyse attentive du CT Scanner thoracique permet de supposer l'existence de cette hernie et d'orienter la thérapeutique vers une reprise chirurgicale de la thorcotomie plutôt qu'une simple pose de drain. Seule l'exploration chirurgicale permet de confirmer le diagnostic.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 105-7
Doi : 10.30637/2020.19-065

ABSTRACT

We report the case of a 73 years old woman presenting to the emergency department for dyspnea at rest and thoracic subcutaneous emphysema. Additional examinations and surgical management showed an anterior pneumothorax and lung hernia occurring in the postoperative course of a wedge resection, performed by thoracoscopy for a lung metastasis excision from a clear-cell renal cell carcinoma. Pulmonary herniation is rare and can be difficult to distinguish from a simple pneumothorax when chest X-ray is performed. In this case, only a careful analysis of the thoracic CT-scan can suggest the presence of the hernia, in order to guide the patient's management to a surgical thoracotomy instead of sole tube drainage. The surgical approach confirmed the diagnosis.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 105-7
Doi : 10.30637/2020.19-065

Key words : lung, hernia, wedge resection, pneumothorax

INTRODUCTION

La hernie pulmonaire est une pathologie rare, conséquence d'un traumatisme thoracique, d'une intervention chirurgicale ou d'une faiblesse de la paroi. Son diagnostic peut être difficile vu la non-spécificité des symptômes et de la radiographie thoracique. Elle est souvent confirmée par le CT Scanner thoracique.

CAS CLINIQUE

Une patiente de 73 ans se présente aux urgences

pour dyspnée (NYHA IV). La clinique montre un emphysème sous cutané, du cou à la ceinture. Les paramètres à l'admission montrent une tension artérielle à 135/85 mmHg, une fréquence cardiaque à 88/min et saturation en oxygène de 92 % à l'air ambiant. La patiente est apyrétique.

Trois semaines auparavant, la patiente a subi une résection cunéiforme (" wedge resection "), technique consistant en l'exérèse de nodules pulmonaires, métastases ou bulles¹. Celle-ci est effectuée par thoracoscopie. L'évolution a été simple

avec une sortie de l'hôpital au deuxième jour.

Lors de la prise en charge aux urgences, la radiographie du thorax met en évidence un " pneumomédiastin gauche, pneumothorax apical gauche et emphysème sous cutané majeur latéro-cervical et thoracique gauche " (figure 1). Au vu des antécédents récents, un scanner thoracique est réalisé. Une lecture attentive met en évidence une herniation du parenchyme pulmonaire accompagnée de la ligne d'agrafes (figure 2). Au vu du scanner, la patiente est prise en salle d'opération pour exploration, réduction de la hernie et pose d'un drain thoracique.

Figure 1 : Radiographie du thorax : mise en évidence d'un important emphysème sous-cutané (partant du cou jusqu'à la base du thorax).

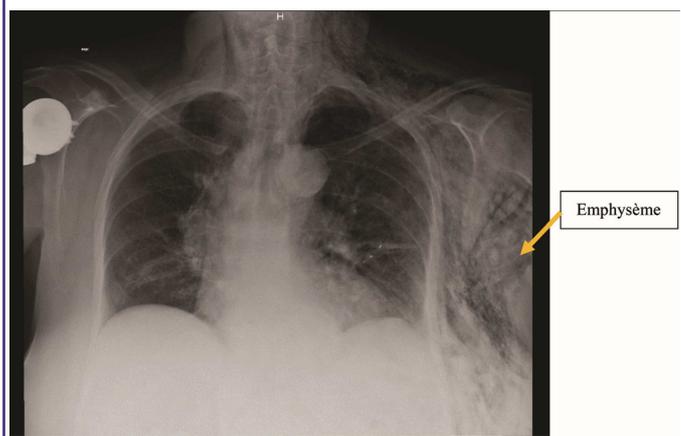
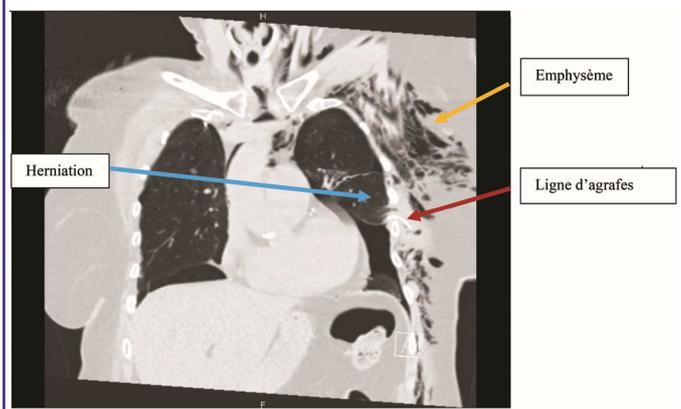


Figure 2 : Scanner thoracique (coupe frontale) : herniation du parenchyme pulmonaire avec glissement de la ligne d'agrafes.



DISCUSSION

Le diagnostic de la hernie pulmonaire peut s'avérer extrêmement difficile et est souvent confondu avec le diagnostic de pneumothorax. La hernie pulmonaire est une protrusion d'une partie du poumon et des feuillets pleuraux à l'extérieur de la cage thoracique. Décrite pour la première fois par Morel-Lavallée en 1845, cette pathologie est une complication rare d'une intervention chirurgicale au niveau thoracique, biopsie ou pose de drain thoracique^{i 2}. Les cas rapportés, à peine plus de 300 dans la littérature, sont soit secondaires à un traumatisme (82 % des casⁱⁱ)³⁻⁶ ou dus à des malformations, des formes

spontanées ou des causes congénitales (18 % des cas). Dans tous les cas, le mécanisme d'apparition associe un affaiblissement de la paroi thoracique et une majoration de la pression intrathoracique, lors d'effort de toux ou de manœuvre de Valsalva. Le parenchyme pulmonaire peut dès lors s'immiscer entre 2 côtes et provoquer une herniation. Une fuite d'air apparaît dès que le poumon est endommagé, incarcéré en dehors de la cage thoracique. Le principal danger de ce mécanisme est le risque de nécrose du parenchyme pulmonaire^{3,7,8}.

Plusieurs localisations sont décrites, permettant une classification^{iii 7} et peuvent orienter quant à l'étiologie de la pathologie : herniation cervicale (hernie de Sibson), intercostale ou diaphragmatique. La première (35 %) apparaît le plus souvent dans des pathologies congénitales ou d'emphysème et la seconde (65 %) dans un contexte traumatique. La dernière est exceptionnelle (< 1 % des cas)⁶.

Très peu contributive, la clinique peut varier entre une dyspnée au repos, un emphysème sous cutané, une protubérance entre les côtes et dans les formes les plus extrêmes, une détresse respiratoire^{3,4,7,8,9}. Cependant, il existe des situations asymptomatiques où la découverte est fortuite. Comme dans notre cas clinique, la herniation peut survenir immédiatement dans le décours post-opératoire mais peut aussi mettre des mois voire des années à apparaître^{7,8}.

Bien que rare, quelques cas ont été décrits dans la littérature. Les urgentistes n'ont que peu publié sur le sujet. Aux urgences, l'approche consiste à détecter la pathologie en fonction de la symptomatologie, des paramètres et de l'imagerie. Certains cas rapportés montrent des détresses respiratoires importantes associées à une altération des paramètres vitaux et de la gazométrie. Des tests thérapeutiques, comme la pose d'un drain, peuvent aider à l'orientation si le praticien a une forte suspicion de pneumothorax. De manière à orienter le diagnostic, une échographie thoracique permet d'exclure certaines pathologies comme un kyste¹⁰... Pour l'urgentiste, il est utile de penser à la hernie pulmonaire à partir du moment où le traitement d'un pneumothorax avec emphysème sous cutané par drainage simple n'améliore pas les symptômes du patient^{4,11}.

L'histoire du patient et la clinique peuvent orienter le diagnostic vers un pneumothorax post-chirurgical mais en l'absence d'imagerie, il est difficile d'émettre un diagnostic précis. La radiographie simple de thorax peut se révéler faussement négative⁶ ; il n'est donc pas inutile de réaliser un scanner du thorax⁹ qui permet d'orienter le diagnostic mais aussi de

ⁱ Ce dernier apparaîtra sur un terrain prédisposant, à savoir un poumon emphysémateux par exemple².

ⁱⁱ Selon l'étude Goodman réalisée sur 172 patients en 1933^{1,6,9}.

ⁱⁱⁱ À la suite de son étude, Goodman a réalisé une classification se basant sur la localisation de la hernie mais aussi sur l'aspect congénital ou acquis (traumatique,...). Il en ressort près de 6 types^{7,8}.

quantifier le volume de la hernie, la localiser et aider à la décision d'un traitement chirurgical.

La prise en charge chirurgicale se décide sur base de la symptomatologie du patient, de différents critères de la hernie (sa taille et le risque d'étranglement), des comorbidités (obésité, BPCO, état septique, prise de corticoïdes chroniques) et de la cause de l'apparition¹². Il existe encore des controverses sur le moment de la prise en charge. En effet, il existe des situations où le geste chirurgical peut être différé et une surveillance par scanner peut être adoptée⁹. Si le traitement chirurgical est choisi, il consiste en la réduction de la hernie et la fermeture de l'espace intercostal par raphie ou mise en place de plaques synthétiques ou résorbables par thoracotomie ou thoracoscopie en cas de défaut au niveau de la cage thoracique^{4,9} et pose d'un drain thoracique si nécessaire.

CONCLUSION

La hernie pulmonaire, phénomène rare, est considérée comme une urgence s'il y a détresse respiratoire ou risque de nécrose pulmonaire. Elle est souvent décrite par les radiologues au vu de la place qu'occupe le CT Scanner thoracique dans le diagnostic. Le traitement, même s'il est controversé, est chirurgical. On trouve peu de recommandations concernant le traitement et le suivi de ce genre de pathologie. L'anamnèse et l'analyse attentive de l'imagerie sont primordiales afin de ne pas diagnostiquer uniquement le pneumothorax sans détecter la hernie⁸.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHUV. [Consulté le 3 avril 2019]. Opérations du poumon. 2019 [Internet]. <https://www.chuv.ch/fr/chirurgie-thoracique/cht-home/patients-et-famille/nos-techniques/operations-du-poumon/>
2. Aguir S, Boddaert G, Weber G, Hornez E, Pons F. Hernie pulmonaire intercostale secondaire à un effort de toux. *Rev de Pneumol Clin*. 2015;71(1):60-3.

3. Hauser M, Weder W, Largiadèr F, Glazer G. Lung Herniation Through a Postthoracoscopy Chest Wall Defect*. *Chest*. 1997;112(2):558-60.
4. Nguyen Van M, Gardet E, Louis D, Tronc F. Hernie pulmonaire intercostale post-traumatique. *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*. 2011;15(3):176-8. Available at: http://sfctcv.net/ftp/journal/jo_2011_3_11.pdf [26 Mars 2019].
5. Stratakos G, Vitsas V, Koufos N, Zisis C, Emmanouil P, Koulouris N. Post-pneumonectomy and post-lobectomy syndromes: case series and review of the literature. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2017;87(1).
6. Sukkarieh F, Vanmeerhaeghe A, Bresseur P. Hernie pulmonaire : à propos d'un cas de hernie intercostale post-traumatique. *Journal de radiologie*. 2002;83:1085-7.
7. Bhalla M, Leitman B, Forcade C, Stern E, Naidich D, McCauley D. Lung hernia: radiographic features. *AJR Am J Roentgenol*. 1990;154(1):51-3.
8. Clark A, Hughes N, Chisti F. Traumatic extrathoracic lung herniation. *Br J Radiol*. 2009;82(976):e82-4.
9. Lykissas M, Zikos N, Kazakos N, Giasis K, Paparounas K. Post-traumatic intercostal lung hernia. *Injury Extra*. 2006;37(7):258-60.
10. Abouda M, Triki M. Intercostal Lung Herniation. *J Pediatr*. 2016;169:327.
11. Glenn C, Bonekat W, Cua A, Chapman D, McFall R. Lung hernia. *Am J Emerg Med*. 1997;15(3):260-2.
12. Ema T, Funai K, Kawase A, Oiwa H, Iizuka S, Shiiya N. Incarceration hernia of the lung after video-assisted thoracic surgery requiring emergency operation: a case report. *J Thorac Dis*. 2018;10(7):E541-3.

Correspondance :

J. DE BODT
Centre hospitalier de l'Ardenne
Service des Urgences
Avenue d'Houffalize, 35
6800 Libramont
E-mail : Jonathan.De.Bodt@ulb.be

Travail reçu le 23 août 2019 ; accepté dans sa version définitive le 19 décembre 2019.