

Pneumomédiastin et Emphysème Sous Cutané Du Post Partum (A Propos D'une Observation)

A. Lakrafi, O. Maghrabi, Y. Hafiani, A. Raja, I. Moussaid, S. Youssoufi, S. Salmi

Service de réanimation obstétricale, hôpital Abderrahim elharouchi, CHU IBN ROCHD, Casablanca

Corresponding author: A. Lakrafi, Service de reanimation des urgences chirurgicales p33, Morocco.

Citation: Lakrafi A, Maghrabi O, Hafiani Y, Raja A, Moussaid I, et al. (2024) Pneumomédiastin et Emphysème Sous Cutané Du Post Partum (A Propos D'une Observation). Annal Cas Rep Rev: ACRR-387.

Received Date: 04 April, 2024; **Accepted Date:** 08 April, 2024; **Published Date:** 12 April, 2024

Mots clés: Pneumo médiastin, post partum, TDM thoracique, emphysème sous cutané.

Résumé: Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 29 primipare sans antécédant pathologiques particuliers admise à la maternité pour dyspnée d'installation brutale sur une grossesse à terme aggravé en post partum. A l'examen clinique on retrouve une patiente polypneique. L'imagerie a objectivé un pneumo médiastin de grande abondance s'étendant à l'étage cervical.

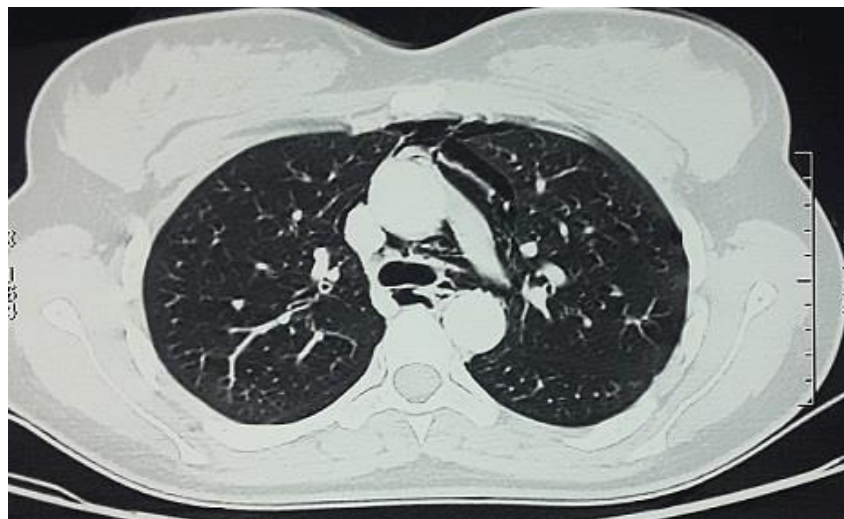
Introduction

Le pneumo médiastin associé à l'emphysème sous cutané ainsi que le pneumothorax constituent des complications rares de la grossesse survenant au cours du travail et s'inscrivant dans le Hamman syndrome [1]. Le Hamman syndrome associant dyspnée, dysphonie, douleur thoracique et une fébricule, est le plus souvent idiopathique mais peut-être dû à un barotraumatisme par augmentation de la pression intrathoracique au cours du travail, son incidence est de 1 cas sur 100000 accouchements, seul 200 cas ont été rapporté dans la littérature.

Observation

Madame N.J âgée de 29 ans primipare sans antécédents pathologiques particuliers, admise à la maternité pour dyspnée

d'installation brutale remontant à 7j associée à une douleur thoracique sur une grossesse présumée à terme. L'examen à l'admission retrouve une patiente consciente avec un GCS= 15/15 tachycarde (FC=120bpm) normo tendu (TA=11/6) polyénique (FR= 26cpm) et une SPO2=86% à l'air libre. L'examen gynécologique retrouve une tête à la vulve, la patiente a accouché par voie basse d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 1950 g. Un bilan biologique initiale retrouve une hyperleucocytose à 19690, une hypokaliémie à 3.1 et des D-dimères à 9914 le reste du bilan est sans particularité. Après mise en condition et stabilisation la malade a bénéficié d'une écho-cœur ne retrouvant aucune valvulopathies ni hypertension pulmonaire et évaluant la fraction d'éjection à 65 %, ainsi que d'un angioscanner thoracique éliminant le diagnostic d'embolie pulmonaire et objectivant un pneumo médiastin de grande abondance étendue à l'étage cervical. L'attitude thérapeutique était très expectative reposant sur une oxygénothérapie et un traitement antalgique avec surveillance biologique quotidienne. L'évolution a été marqué par la disparition de la dyspnée et de la douleur thoracique et amélioration de la saturation. La patiente fut déclarée sortante à j 11 d'hospitalisation.



Discussion

Le pneumo médiastin et l'emphysème sous cutané spontané sont des occurrences rares dans la pratique obstétricale, malgré qu'ils soient connus depuis plus de 400 ans, seuls 200 cas ont été rapportés dans la littérature.

Le syndrome de Hamman survient le plus souvent chez les femmes primipares et serait associé à une seconde phase de travail prolongée et à une macrosomie [2]. Toutefois, même si une analyse de 187 cas a confirmé que 95 % des patientes étaient primipares, avec une durée de travail normale et un poids à la naissance dans les normes [3,4]. La physiopathogénie du syndrome de Hamman incrimine les manœuvres de Valsalva itératives et les forces considérables développées pendant l'accouchement qui peuvent être à l'origine d'un large éventail de complications comme le décollement rétinien, une hémorragie intracrânienne [4,5] ou la rupture des alvéoles marginales avec l'air entrant dans le médiastin [6]. Cette rupture est à l'origine de la constitution du pneumo médiastin. Par la suite, l'air diffuse en disséquant les plans du cou et du visage, en suivant le gradient de pression, et peut diminuer, dans certains cas, le retour veineux intrathoracique. La force des crises pendant le travail produisant une augmentation de la pression intra thoracique et en créant un gradient de pression alvéolaire semble être la cause la plus probable.[7] Le pneumo médiastin se crée durant la seconde phase de travail sous l'action des contractions actives mais les symptômes peuvent n'apparaître qu'en post partum. Divers symptômes peuvent se voir au cours du syndrome de Hamman parmi lesquels on retrouve : douleur latéro thoracique ou retro sternale pouvant irradier vers le cou, dyspnée, modification de la voix, toux, dysphagie, cependant chez la plupart des patientes on ne retrouve que des symptômes minimes avec une bonne évolution. Il est indispensable d'éliminer certains diagnostics différentiels tel que l'embolie pulmonaire ou l'embolie amniotique, l'infarctus du myocarde ou encore un anévrisme aortique disséquant. Une surveillance invasive et un traitement agressif ne sont préconisés que s'il existe une défaillance cardio-respiratoire associée. L'évolution se fait vers une rémission complète du pneumo médiastin et la régression de l'emphysème sous-cutané en quelques jours. Si l'emphysème sous-cutané est détecté au cours du travail, seules l'oxygénothérapie et une analgésie adéquate sont préconisées. L'utilisation d'un forceps devrait diminuer les efforts expulsifs de la femme durant la seconde phase du travail. Dans le cas où une césarienne est indiquée chez une patiente ayant présenté ce syndrome, l'anesthésie régionale sera

certainement préférée, afin d'éviter la ventilation en pression positive risquant d'aggraver un éventuel pneumothorax [9].

Conclusion

Bien que rare le syndrome de Hamman reste une complication qu'il faut évoquer devant toute douleur thoracique en per ou en post partum associé à une désaturation, hypotension et dyspnée. Survenant le plus souvent chez la femme primipare au cours de la seconde phase de travail, son évolution est généralement bénigne et un traitement invasif n'est nécessaire qu'en cas de présence d'une défaillance cardio-circulatoire, seule une oxygénothérapie associée à une analgésie adéquate est nécessaire.

Références

1. Hamman L. Mediastinal emphysema. JAMA 1945; 2013:1-6
2. Dudley D, Pattern D. Intrapartum pneumomediastinum associated with subcutaneous emphysema. CMAJ 1988; 139:641-2
3. Arroyo M. Subcutaneous emphysema during labour. Int J Obstet Anesth 2001; 10:307-8
4. Norzilawati MN, Shuhaila A, Zainul Rashid MR. Postpartum pneumomediastinum. Singapore Med J 2007; 48:174-6.
5. Maciaa I, Moyab J, Ramosb R, et al. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. Eur J Cardiothorac Surg 2007; 31:1110-4
6. Duffy BL. Post-partum pneumomediastinum. Anaesth Intensive Care 2004; 32:117-9.
7. Karson EM, Saltzman D, Davis MR. Pneumomediastinum in pregnancy. Two case reports and a review of the literature, pathophysiology, and management. Obstet Gynecol 1984; 64:39S-43S
8. Postpartum pneumomediastinum associated with subcutaneous emphysema: A case report N. Houari *, S. Labib, M.-A. Berdai, M. Harandou.
9. Jayran-Nejad Y. Subcutaneous emphysema in labour. Anaesthesia 1993;48: 139-40.
10. Bonin MM. Hamman's syndrome (spontaneous pneumomediastinum) in a parturient: a case report. J Obstet Gynaecol Can 2006; 2013:128-31.
11. Postpartum spontaneous pneumomediastinum 'Hamman's syndrome' Sami Kouki1 and Abd Allah Fares.