

# Cas clinique

## 27.11.2010



**Patiente 17ans admise le 20/11/2010**  
**pour IRA**  
**( Insuffisance respiratoire Aigue)**

# Histoire de la maladie :

- Remonte à un mois marquée par l'installation d'une toux productive avec hémoptysie pour les quelles elle a consulté un MLP qui l'a mis sous traitement symptomatique sans amélioration.
- Aggravation progressive de la symptomatologie respiratoire et installation de dyspnée à type de polypnée avec des signes de lutte. A noter la notion d'une expectoration abondante 1j avant.
- Le jour de l'admission la patiente a ressenti une douleur thoracique intense + détresse respiratoire aigue .

# L'examen aux urgences :

CGS: 15

patiente très algique

FR = 40 c/min respiration superficielle

SaO<sub>2</sub> = 69%

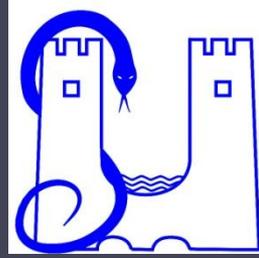
FC = 129 bmp

PA = 150/78 mmHg

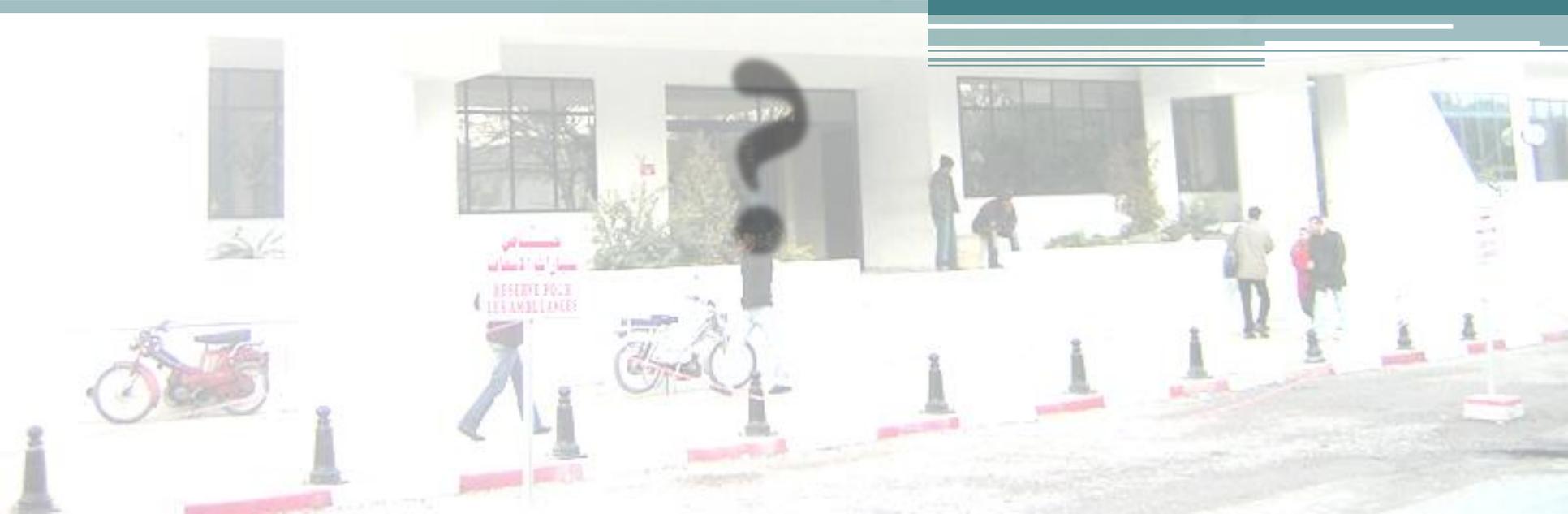
Auscultation pulmonaire : râles crépitants à la base pulmonaire gauche avec diminution des MV aux CP droit.

# Radio thorax au lit





# Quel est votre Diagnostic



# Evolution

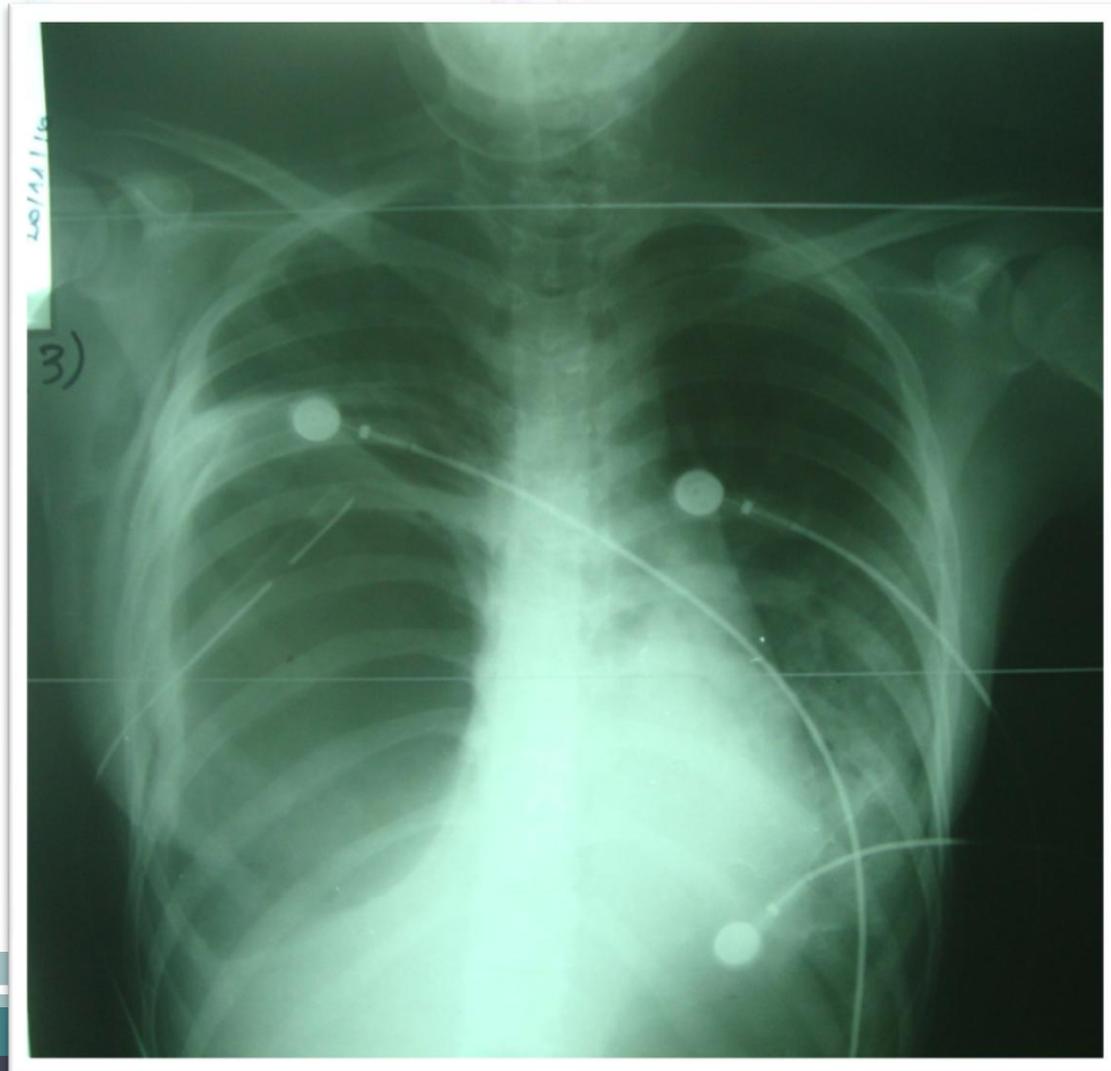
Devant la gravité de la détresse respiratoire

- Mise sous O<sub>2</sub> avec MHC 14 l/mn
- Une écho de débrouillage réalisée au déchoquage a objectivé la présence d'un épanchement liquidien thoracique de grande abondance.

D'ou la décision d'un drainage thoracique après un repérage a l'aiguille qui a ramené du liquide sér-hématique

- Le drainage a ramené 1800 cc de liquide sér-hématique ceci a permis une amélioration respiratoire; Ceci a permis ensuite de transférer la patiente au scanner

# Radio post drainage

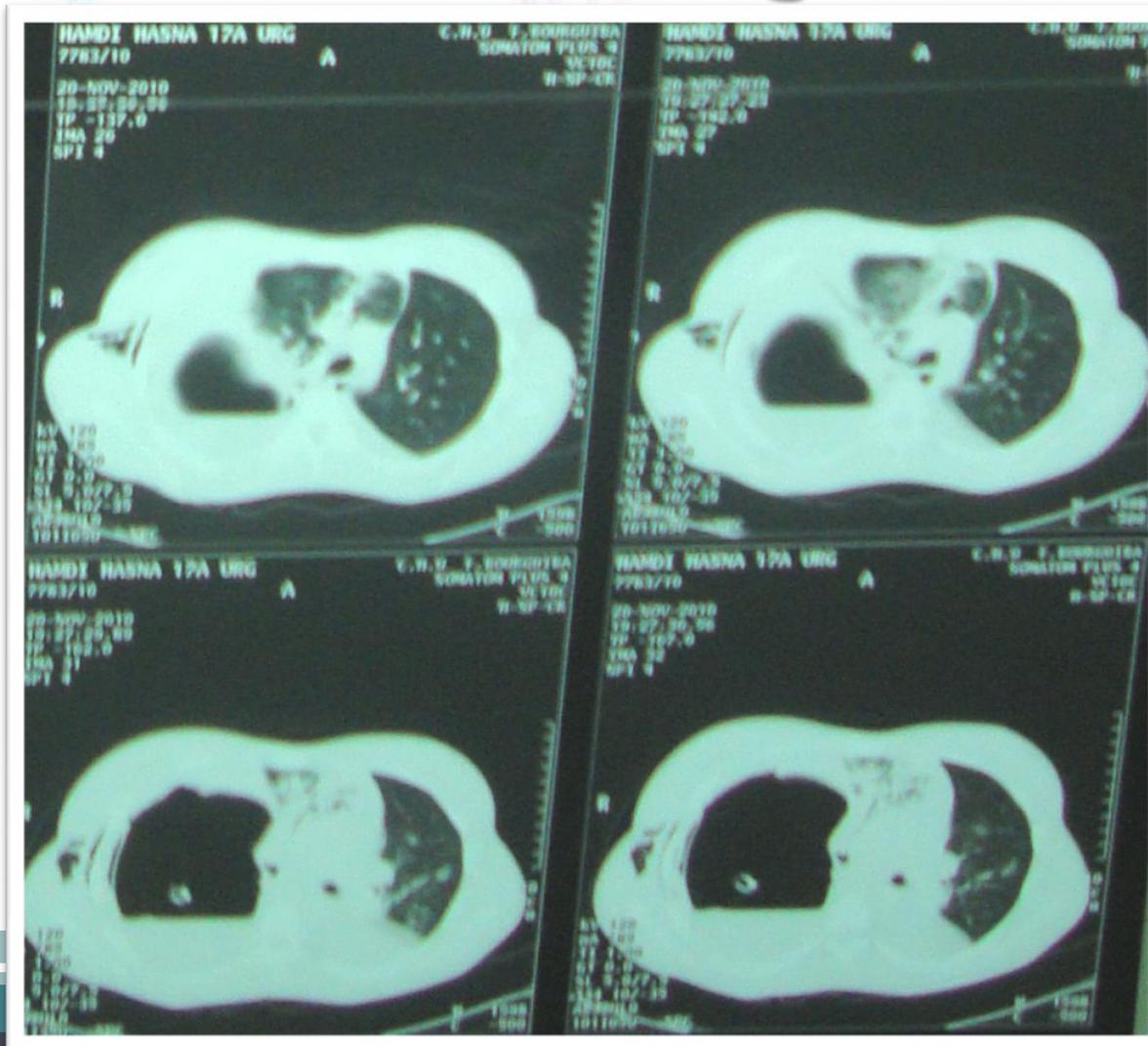


# Scanner thoracique

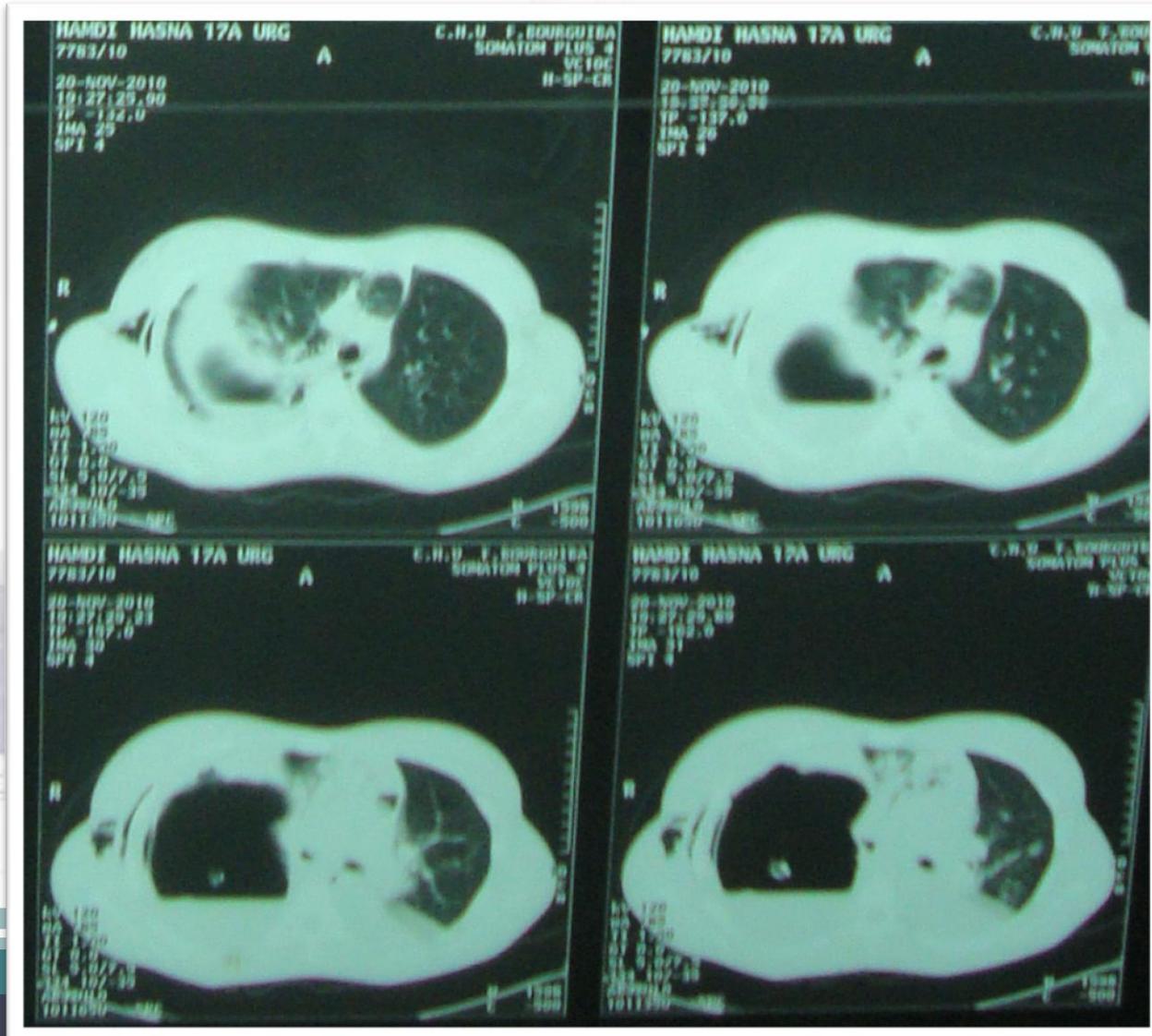
volumineux kyste hydatique du lobe inférieur droit partiellement vomiqué.

foyer de condensation parenchymateux associé à des plages en verres dépoli du lobe inférieur gauche est très probablement d'origine infectieuse.

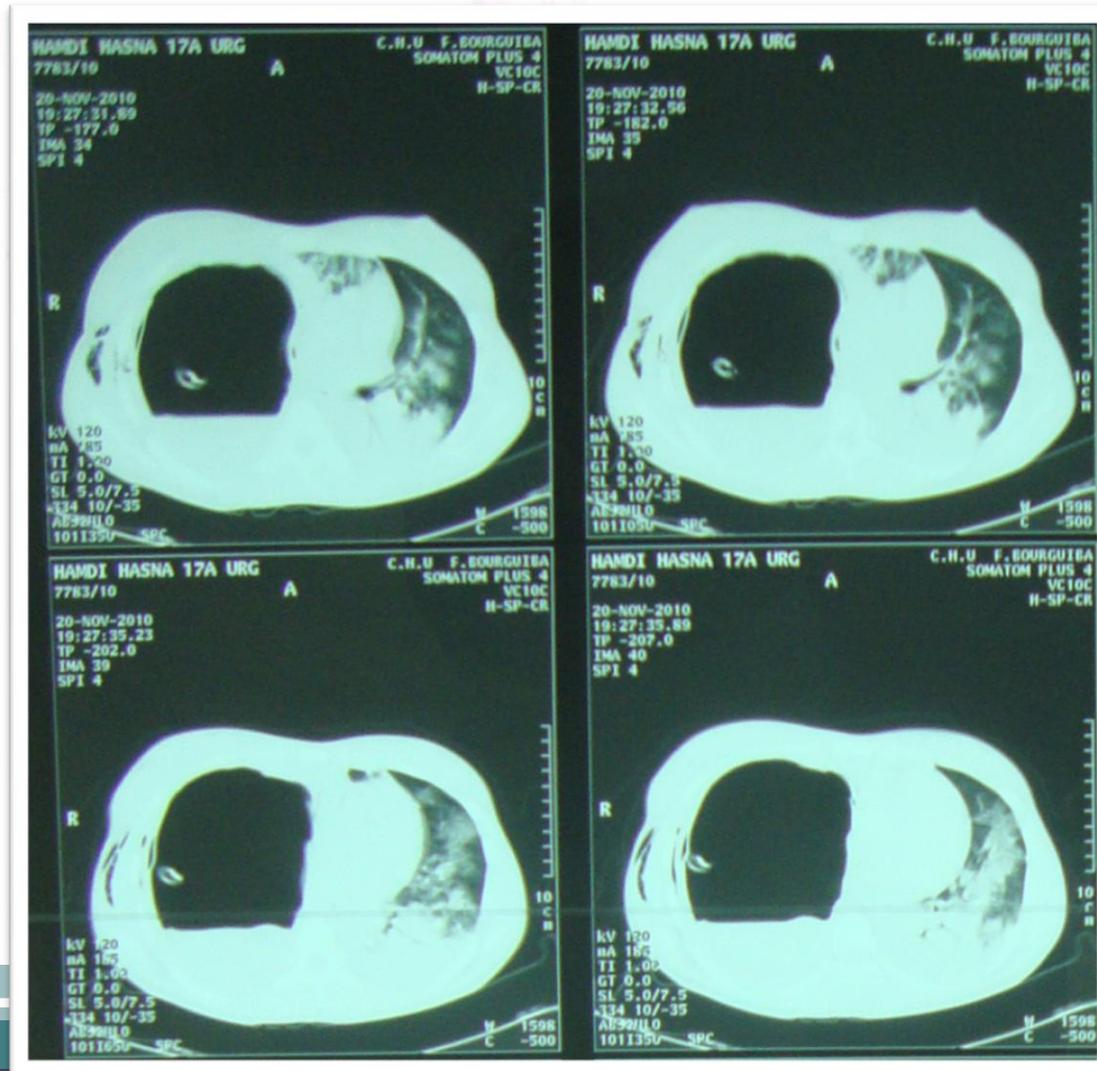
# Scanner thoracique



# Scanner thoracique



# Scanner thoracique



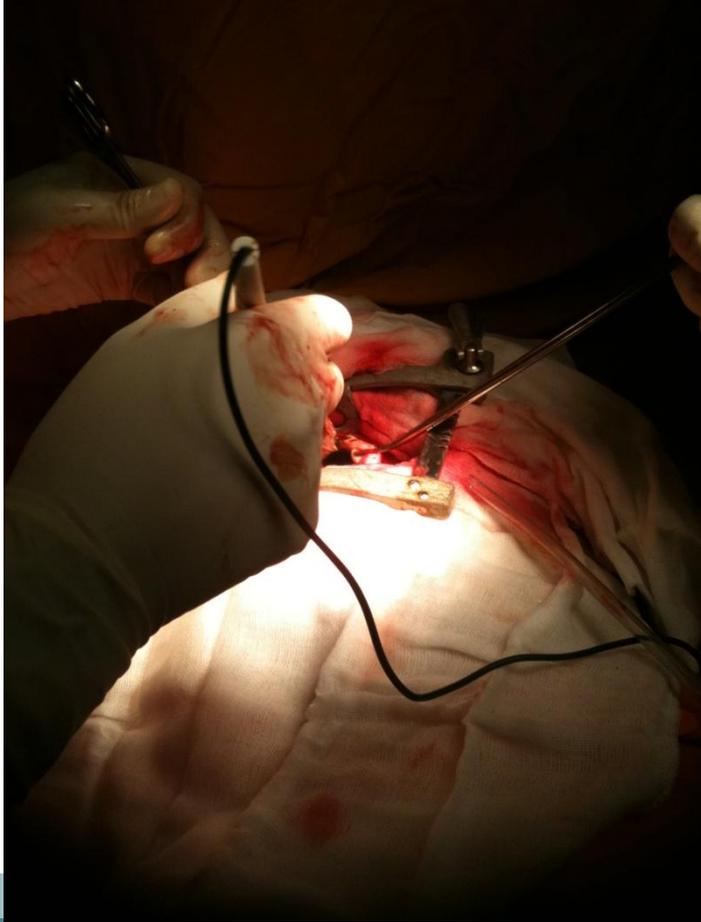
# Evolution

- La patiente est ensuite transférée en réa-anesthésie
- Décision d'une cure chirurgicale du kyste hydatique
- **CRO: thoracotomie postéro-latérale droite 5-6 EIC**

**Constations:** volumineux kyste hydatique du lobe moyen et lobe inférieur droit ouvert dans les bronchioles avec des nombreuses fistules kysto-bronchiques. la cavité kystique est remplie d'air et contient la membrane prolifère.

**Acte opératoire:** Ablation de la membrane prolifère  
Perikystectomie, Aerostase, Capitonnage de la cavité,  
Hémostase, Drain postérieur et drain antérieur.  
Fermeture de la thoracotomie .

# Perikyste hydatique.....



# Evolution

- La patiente sortie du bloc intubée et ventilée
- L'évolution est marquée par l'apparition d'un SDRA (syndrome de détresse respiratoire aigu de l'adulte) avec des lésions alvéolaires bilatérales difficile à ventiler....
- l'évolution fut fatale à J4 en post opératoire.