

Cas clinique : homme de 32 ans avec embolie graisseuse

Dr Dominique Savary

26 novembre 2019



Le **Dr Dominique Savary** (CHU d'Angers), présente un cas clinique en médecine d'urgence.

Un homme de 32 ans est pris en charge par le SMUR pour traumatisme grave à la suite d'un accident véhicule léger (VL) contre VL de haute cinétique. Le patient présentait initialement un traumatisme crânien avec une perte de connaissance initiale et GCS=12 à l'arrivée du SMUR et une **fracture fermée du fémur gauche**.

Comme seul antécédents, on retenait un diabète de type 1.

Sur place, il a bénéficié d'un **remplissage de 500 mL de cristalloïde via KT intra-osseux tibial droit**, et d'une antalgie par morphine. Une immobilisation par attelle à dépression a été mise en place après la réalisation d'un bloc Ilio Facial. L'eFAST ne retrouvait pas d'épanchement. Il était stable sur le plan hémodynamique. Un déchoquage rapide au CHU a permis de réaliser un bodyTDM, des radios périphériques dans l'heure suivant l'accident qui confirmaient l'absence de lésions intracrâniennes et une fracture fermée de la diaphyse fémorale gauche.

Le bilan biologique était normal en dehors d'une alcoolisation à 1,87g/L. Du fait de l'absence de lésion au TDM, de l'alcoolisation et de la présence d'autres victimes avec des indications chirurgicales, l'ostéosynthèse a été différée et le membre inférieur gauche a été placé sous traction de 10 kg et une surveillance à l'USC a été proposée.

Le lendemain matin, le patient présentait une **agitation avec une polypnée à 32/mn, une tachycardie à 140/mn et une fièvre à 39,4°C**. Un **subictère** faisait réaliser un bilan biologique qui retrouvait une bilirubinémie totale à 59 mmol/L, direct à 10 mmol/L, des GB=8 G/L, GR=3,2 G/L Hb=11,1 g/L et des Pl=100 G/L. Le TP=57%, et le fibrinogène à 2,9 g/L. Le diagnostic d'embolie graisseuse a alors été évoqué.



Figure 1.

Parmi les signes cliniques suivants, lequel est absent en cas d'embolie graisseuse?

Vos collègues ont répondu:

- Agitation 13%
- Hyperthermie 40%
- Hypotension 40%
- Tachycardie 2%
- Polypnée 5%

Les signes inauguraux ne sont pas spécifiques : une hyperthermie brutale est souvent le premier signe, accompagnée d'une tachycardie sinusale sans modification tensionnelle. La Triade de Gurd, qui n'est pas toujours complète, associe une atteinte respiratoire avec une polypnée, des battements des ailes du nez et un tirage, des signes neurologiques et cutanéomuqueux, comme des pétéchies, est révélatrice.^[1]

Quelle localisation du rash pétéchial de l'embolie graisseuse n'est pas correcte?

Vos collègues ont répondu:

- Les conjonctives 21%
- La cavité buccale 18%
- Le membre fracturé 33%
- La partie antéro supérieure du thorax 4%
- Les creux axillaires 24%



Le rash pétéchial est fugace et inconstant (40% des cas). La localisation conjonctivale est très évocatrice. Dans les critères de Schonfeld pour le diagnostic du syndrome d'embolie graisseuse, la seule présence de pétéchies suffit au diagnostic.^[2]

Pétéchies	5
Anomalie à la radiographie du thorax (infiltrat alvéolaire diffus)	4
Hypoxémie (PaO2 <9,3kPa)	3
Fièvre (38,8 C)	1
Tachycardie (120 battements/min)	1
Tachypnée (30 cycles/min)	1

Le score est calculé en additionnant les points donnés à chaque critère. 5 est le score requis pour le diagnostic

ça va ensemble ça, ils ne sont pas indépendants !!

Quel facteur n'a pas favorisé la survenue de cette embolie graisseuse chez ce patient?

Vos collègues ont répondu:

- L'alcoolisation 35%
- La fracture du fémur 5%
- Le diabète 24%
- L'ostéosynthèse retardée 13%
- L'utilisation d'un cathéter intra-osseux 23%

Les étiologies chirurgicales sont classiques : les fractures fermées des os longs, des côtes et/ou vertèbres, une fracture du bassin, une ostéosynthèse rachidienne, un blast, un traumatisme hépatique, une brûlure sévère...

Les étiologies médicales sont moins connues : une perfusion intra-osseuse, un traitement corticoïde ou héparinique prolongé, une ostéomyélite aiguë, une épilepsie, un diabète, une transfusion sanguine massive, un vol en haute altitude, un infarctus médullaire secondaire à une poussée drépanocytaire...

Que déduire du bilan biologique? (*Plusieurs réponses possibles*)

Vos collègues ont répondu:

- Aplasie médullaire 4%
- Anémie hémolytique 32%
- Coagulopathie de consommation 64%
- Hémodilution 15%
- Insuffisance hépatique aiguë 40%

Les troubles de la coagulation sont classiques au cours de l'embolie graisseuse ; thrombopénie, parfois intégrée à un tableau de coagulopathie intravasculaire disséminée, sans diminution du fibrinogène. Une anémie de nature hémolytique est habituelle et résistante aux transfusions.

Pour confirmer le diagnostic, quel examen complémentaire proposez-vous ?

Vos collègues ont répondu:

- Une ponction lombaire 1%
- Un fond d'œil 11%
- Un électrocardiogramme 5%
- Une TDM cérébrale 6%
- Aucun n'est réellement spécifique 77%

L'analyse du liquide céphalorachidien est peu informative. Pour les lésions du fond d'œil, il peut s'agir d'hémorragies rétiniennes ponctuées ou en flammèches suivant les trajets vasculaires, de taches blanches d'allure cotonneuse au voisinage des vaisseaux rétiens ou d'un œdème maculaire discret. L'ECG peut retrouver des signes de cœur pulmonaire aigu (S1Q3T3, BdBD, tachycardie). Quant à la tomodensitométrie, elle montre éventuellement des anomalies de perfusion mais qui ne permettent pas de confirmer le diagnostic.

Le tableau clinique de ce patient a régressé en quelques jours sous traitement symptomatique.

LIENS

- [Cas clinique : homme de 54 ans avec un purpura ecchymotique](#)
- [Cas clinique : arrêt cardiaque brutal chez un jeune skieur](#)
- [Cas clinique : un patient âgé polymédiqué](#)

Références

1. Gurd AR, Wilson RI. The fat embolism syndrome. J Bone Joint Surg Br. 1974;56B(3):408-416.
2. Schonfeld SA, Ploysongsang Y, DiLisio R, et al. Fat embolism prophylaxis with corticosteroids. Ann Intern Med. 1983;99(4):438-443.

Medscape © 2019 WebMD, LLC

Les opinions exprimées dans cet article ou cette vidéo n'engagent que leur(s) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de WebMD ou Medscape.

Citer cet article: Cas clinique : homme de 32 ans avec embolie graisseuse - *Medscape* - 26 nov 2019.