Œdème en « aile de chauve-souris »

“Bat wing oedema”

Y. Freund · A. Demoule

Reçu le 29 mars 2011 ; accepté le 30 mars 2011
© SFMU et Springer-Verlag France 2011

Un homme de 64 ans consulte aux urgences pour une dyspnée évoluant depuis deux jours, accompagnée d'une toux avec crachats hémoptoïques. Il a une cardiopathie ischémique ayant nécessité une revascularisation il y a 20 ans. L'examen clinique ne relève aucune anomalie excepté un foyer de crépitation à droite. La radiographie de thorax (Fig. 1) montre une opacité alvéolo-interstitielle mal systématisée du lobe inférieur droit et du lobe moyen.

Pour explorer cette hémoptysie, un angioscanner thoracique est pratiqué. Immédiatement au décours, l'état clinique du patient s'aggrave, et il développe une détresse respiratoire. Devant l'échec du traitement médical et de la ventilation non invasive, le patient doit être rapidement intubé. Extubé deux jours plus tard, il quitte l'hôpital cinq jours après.

Cette image d'opacité alvéolaire unilatérale mal systématisée, en aspect d'aile de chauve-souris (*Batwing Edema* [1]), a été rapportée dans des cas d'insuffisance cardiaque brutale, tels que vus après rupture d'un pilier mitral [2]. Attentivement relue, la radiographie initiale était en fait évocatrice d'un œdème aigu pulmonaire, avec des opacités alvéolo-interstitielles associées à la présence de lignes de Kerley B, et un épaississement péribronchovasculaire. Cette image aurait dû proscrire l'utilisation de produit de contraste, lequel a aggravé brutalement l'insuffisance cardiaque du patient. Ce cas plaide en faveur d'une utilisation précautionneuse de l'angioscanner dans l'hémoptysie. Une lecture de coupes sans injection devrait précéder l'injection de produit de contraste iodé potentiellement mortel [3].

Fig. 1 Radiographie standard de thorax. Opacités alvéolo-interstitielles lobe moyen et lobe inférieur droit

Remerciements : les auteurs remercient le Dr Catherine Beigelman (service de radiologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris) pour ses conseils avisés.

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Gluecker T, Capasso P, Schnyder P, et al (1999) Clinical radiologic features of pulmonary edema. *Radiographics* 19:1507–31
2. Attias D, Mansencal B, Auvert B, et al (2010) Prevalence, characteristics, and outcomes of patients presenting with cardiogenic unilateral pulmonary edema. *Circulation* 122:1109–15
3. Ray P, Riou B, Beigelman C, et al (2006) Case reports of death after non-ionic iodine contrast medium injection during spiral computed tomography scan performed for suspected pulmonary embolism. *Am J Emerg Med* 24:497–9

Y. Freund (✉)
Service d'accueil des urgences,
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
Assistance publique-Hôpitaux de Paris, F-75013 Paris, France
e-mail : yonatman@gmail.com

A. Demoule
Service de pneumologie et réanimation médicale,
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
Assistance publique-Hôpitaux de Paris, F-75013 Paris, France