

Pneumoscotum post-traumatique d'origine pulmonaire : à propos d'un cas en réanimation polyvalente du CHU de Bouaké

Post-traumatic pneumoscotum from lung origin: a case report in resuscitation room at Bouaké teaching hospital.

Abro KS¹, Pete Y², Ayegnon KG¹, N'da-Koffi HC², Koffi N², Ogondon B², Kouadio S², Kouame KE²

1. *Service des Maladies Cardio-Vasculaires et Thoraciques CHU de Bouaké*
2. *Service de Réanimation Polyvalente CHU de Bouaké*

Auteur correspondant : ABRO Kouamé Samuel. Email : abrosamuel@gmail.com

Résumé

Le pneumoscotum est une pathologie rare. Seuls quelques cas ont été documentés avec des étiologies variables. Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 52 ans qui a présenté un pneumoscotum volumineux, survenu dans un contexte de polytraumatisme à la suite d'un accident de la voie publique.

La conduite thérapeutique dépend de l'étiologie et des lésions associées. Elle évolue favorablement dans l'ensemble.

Mots-clés : scrotum-emphysème sous-cutané

Summary

Pneumoscotum is a rare pathology. Only a few cases have been documented with varying etiologies. We report the case of a 52-year-old young man who presented with a large pneumoscotum, which occurred in a context of polytrauma following an accident on the public highway.

Therapeutic management depends on the etiology and associated lesions. The evolution is generally favorable.

Keywords : scrotum-subcutaneous emphysema

Introduction

L'emphysème sous-cutané scrotal, aussi appelé pneumoscrotum est défini comme l'augmentation de volume du scrotum dû à une accumulation d'air [1]. C'est une affection rare, seulement quelques cas repartis dans le monde entier ont été rapportés avec des étiologies toutes aussi variées [2]. Le diagnostic est aisé devant l'augmentation parfois impressionnante de volume du scrotum et la palpation du sac scrotal qui contient de l'air. La prise en charge dépend de l'étiologie.

Observation

Il s'agit d'un patient de 52 ans qui a été admis dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Bouaké 12 heures après un accident de la voie publique. Il présentait un polytraumatisme associant un traumatisme crânien grave et un traumatisme fermé du thorax.

L'examen physique retrouvait : un score de Glasgow à 6, une pression artérielle à 120/80 mm Hg, une température à 37,4° C

L'examen pleuropulmonaire montrait une dyspnée à type de polypnée (FR= 22 cycles / minutes), un emphysème sous cutané massif s'étendant de la ceinture scapulaire droite à la région inguinale droite avec un syndrome d'épanchement pleural mixte droit. Ailleurs, on retrouvait un scrotum tuméfié (**figure 1**). Les testicules n'étaient pas palpables. Il n'y avait pas d'autres pathologies co-existantes des organes génitaux ni d'antécédents chirurgicaux. L'abdomen et l'appareil cardio-vasculaire étaient sans particularité.

La tomodensitométrie crano-encéphalique montrait une hémorragie méningée et ventriculaire.

La radiographie thoracique (**figure 2**) a objectivé une fracture du tiers moyen de la clavicule droite, une fracture du tiers externe de la clavicule gauche, des fractures des 2°, 3° et 4° arcs costaux antérieurs droits avec un hémopneumothorax droit, une contusion du lobe pulmonaire inférieur droit et un emphysème sous cutané droit, s'étendant à la région inguinale et ayant occasionné un pneumoscrotum.



Figure 1 : le pneumoscrotum

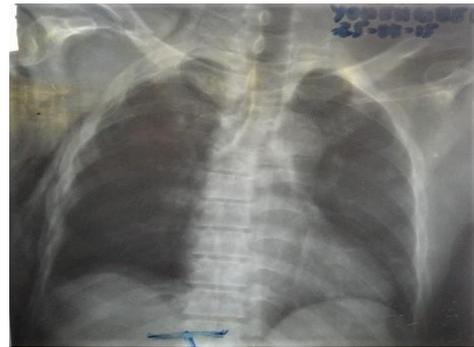


Figure 2 : radiographie thoracique de face : fracture des clavicules, emphysème sous-cutané droit, fractures étagées de côtes droites, pneumothorax droit

Deux équipes ont pris en charge le patient ; une équipe a procédé à l'intubation orotrachéale et l'autre a mis en place un drain pleural droit qui a permis d'évacuer environ 400 ml de sang et de l'air.

La ponction scrotale à l'aiguille fine a permis de confirmer le pneumoscrotum (**figure 3**).

La résorption du pneumoscrotum et de l'hémopneumothorax s'est fait progressivement sur 3 jours à la suite du drainage thoracique (**figure 4**).



Figure 3 : le drainage pleural droit



Figure 4 : résorption du pneumoscrotum à J3 post drainage pleural

Discussion

Le pneumosrotum a été décrit pour la première fois en 1962 [3]. La présence d'un pneumosrotum peut être révélateur d'une pathologie pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou peut être découverte de façon fortuite lors de pathologies bénignes [4]. Il y a 3 mécanismes pouvant expliquer le pneumosrotum : l'emphysème sous-cutané ou rétropéritonéal qui pénètre dans le dartos de la paroi scrotale [4], la production in situ de gaz généralement d'origine infectieuse observé dans la gangrène gazeuse pouvant évoluer vers le décès [2, 5] et le mouvement d'air de la cavité péritonéale vers le scrotum généralement d'origine iatrogène à la suite d'une chirurgie endoscopique [6, 7].

Dans notre cas, il s'agissait d'un pneumosrotum d'origine traumatique lié à l'extension d'un emphysème sous-cutané d'origine pulmonaire. Le drainage pleural a permis en quelques jours de résorber le pneumosrotum ainsi que l'emphysème sous-cutané qui l'avait favorisé. Aucun geste particulier n'avait été nécessaire sur le scrotum.

L'évolution vers des complications est rare [8] mais théoriquement possible quel que soit les étiologies, notamment accidentelles ou iatrogènes (malposition

d'un drain pleural, endoscopie digestive, chirurgie rétropéritonéale ou des organes intrapéritonéaux), infectieuses (gangrène des organes génitaux externes), traumatiques (pneumothorax) et mécaniques (perforation d'ulcère gastroduodénal) [4-6, 9]. La mise en jeu du pronostic vital ne se conçoit que dans les cas de gangrène gazeuse suite à une évolution vers un choc septique. Ce sont essentiellement des complications locales par compression des structures de la région scrotale notamment du testicule et des éléments du cordon spermatique évoluant à court terme vers une nécrose testiculaire bilatérale.

Notre patient n'a présenté aucune complication et la résorption totale du pneumosrotum s'est faite dans un délai de 3 jours. Les études disponibles sur le sujet relèvent un délai de résorption d'environ 5 jours [10].

Conclusion

Le pneumosrotum est une affection rare, dont le diagnostic est aisé et l'évolution généralement favorable. La prise en charge est fonction de l'étiologie avec une résorption du pneumosrotum possible en quelques jours.

Références

1. **Espinosa-Pérez G, Alberto D, Zuviri-González A, Hernández-Beltrán MA, Mateos-Chavolla PJ, Guzmán-Hernández F et al.** Pneumosrotum in patient with Tracheotomy. *Rev Mex Urol* 2011 ; 71 : 185-87.
2. **Peker K, Gullu H, Şahin M, Issin A.** Post-Traumatic Pneumosrotum: Case Report. *JAEMCR* 2013 ; 4 : 100-2.
3. **Simaioforidis V, Kontos S, Fokitis I, Lefakis G, Koritsiadis S.** Subcutaneous emphysema of the scrotum (pneumosrotum) due to traumatic pneumothorax: a case report. *Cases J* 2008 ; 1 : 293.
4. **Pezeshki Rad M, Mohammadi Fard M.** A Case of Pneumosrotum Following Chest Tube Placement. *Iran J Radiol* 2008 ; 5 : 235-7.
5. **Singh S, Thakur M.** Pneumosrotum after colonoscopy. *Can J Gastroenterol* 2008 ; 22 : 411-3.
6. **Gupta R, Sharma SB.** Pneumosrotum. *Indian pediatrics* 2014 ; 51 : 942.
7. **Anaye Anass, moschopoulos C, Agneessens E, Hainaux B.** Pneumosrotum, pneumomediastinum, pneumothorax, and pneumorrhachis following colon surgery. *Radiology Case reports* 2008 ; 3 (4) : 1-4.
8. **Lostoridis E, Gkagkalidis K, Pougouras K.** Pneumosrotum as complication of blunt thoracic trauma: A case report. *Case Rep Surg* 2013 ; 2013 : 392869.
9. **Casey RG, Al-Dousari S, Murphy D, Power RE.** Chest drain insertion may result in the acute scrotum. *Scand J Urol Nephrol* 2006; 40 : 78-9.
10. **Fu KI, Sano Y, Kato S, Fujii T, Sugito M, Ono M et al.** Pneumosrotum: a rare manifestation of perforation associated with therapeutic colonoscopy. *World J Gastroenterol* 2005 ; 11 : 5061-63.