

Migration intracardiaque d'un projectile d'arme à feu : diagnostic et prise en charge

J.P. Marchaland^{1*}, A. Petit², L. Rillardon¹, P. Ségura², M. Chaara², A. Mebaaza², L. Sedel¹

¹Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France ;
²département d'anesthésie réanimation, CHU Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

RÉSUMÉ

La migration intracardiaque d'un plomb d'arme à feu à partir d'un tronc veineux périphérique est très rare. Elle est facilitée par la taille et le nombre lors de l'impact, comme c'est le cas pour la grenaille ; ce passage est asymptomatique et peut se faire jusqu'à 15 ans après la blessure. Plusieurs problèmes doivent être évoqués : le mécanisme de son passage dans le cœur (vitesse propre et retour veineux), le diagnostic topographique (radiographie pulmonaire, échographie transthoracique, transœsophagienne et tomographie), les conséquences locales de ce projectile (érosion locale, caillottage, endocardite), la destination possible d'une nouvelle migration (embolie pulmonaire, cœur gauche), les indications d'extraction, la surveillance. L'extraction ne doit pas être systématique, mais uniquement en cas de foramen ovale rendant possible une embolisation systémique aux conséquences cliniques gravissimes ou en cas de complications. Les auteurs rapportent l'observation d'un patient de 22 ans pour lequel ils ont choisi abstention et surveillance. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

plaie veineuse / plomb / migration intracardiaque

ABSTRACT

Pellet embolism to the cardia: diagnosis and management.

Venous pellet embolism to the cardia after shotgun wound is a very rare occurrence. Number and size of pellets, at the impact make this migration easier; embolism is asymptomatic and may occur 15 years after the injury. Many problems must be mentioned: mechanics of entry into the heart (own velocity, venous flow), topographic diagnosis (chest X-ray, transthoracic, transoesophageal ultrasound and CT-scan), local outcomes of this projectile (local erosion, clot, endocarditis), destination of a new migration (pulmonary embolism, left heart), indications of extraction, supervision. Extraction mustn't be systematic, but only in the event of a patent foramen ovale with a risk of systemic embolism, which clinical outcomes are most serious or in the event of complications. The authors report on a 22 years old patient observation whose treatment was abstention and supervision. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

venous wound / pellet / cardiac embolism