



FAIT CLINIQUE

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE D'UNE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE DROITE POST TRAUMATIQUE DE DÉCOUVERTE TARDIVE.

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF DELAYED PRESENTATION OF TRAUMATIC RIGHT DIAPHRAGMATIC HERNIA.

PA BA^(1,2), LG AKPO⁽³⁾, DGUEYE⁽⁴⁾, TM WADE⁽²⁾, BDIOP^(1,5), SA SOUMAH^(1,6).

1. Département de Chirurgie, UFR des Sciences de la Santé de l'Université de Thiès, Sénégal.

2. Service de Chirurgie Générale, Hôpital Régional de Thiès, Sénégal.

3. Service d'Imagerie Médicale, Hôpital Aristide Le Dantec Dakar Sénégal.

4. Service de Chirurgie Générale, Hôpital Régional de Diourbel, Sénégal.

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'une hernie diaphragmatique droite avec passage intra-thoracique du foie découverte 3 ans après le traumatisme causal chez un patient de 38 ans. Le tableau clinique était celui d'une pleuro-pneumopathie droite. Le diagnostic a été fait par la tomodensitométrie thoraco-abdominale. Le traitement consistait en une suture simple au fil non résorbable par voie abdominale.

Mots clés: *Hernie diaphragmatique - Traumatisme du thorax - Rupture - Foie.*

SUMMARY

We report the case of a right diaphragmatic hernia with intra-thoracic liver passage discovered three years after the initial trauma in a 38 old year's patient. The clinical picture was a right pleuro-pulmonary disease. The diagnosis was made by the thoraco-abdominal CT scan. The treatment consisted of a non-absorbable single suture by laparotomy.

Keywords: *Diaphragmatic hernia - Chest trauma - Rupture - Liver.*

Tirés à part

Dr Papa Abdoulaye Bâ, UFR des Sciences de la Santé de l'Université de Thiès, Ex 10e RIAOM -BP: 967, Thiès, Sénégal.
Email: papeablayeba@yahoo.fr

INTRODUCTION

La rupture diaphragmatique droite est une lésion rare, généralement observée dans le contexte d'un traumatisme fermé suite à un accident de la voie publique ou du travail. Elle représente 5 à 20% de toutes les lésions diaphragmatiques [1]. La lésion est souvent intégrée dans le cadre d'un polytraumatisme dont elle est un critère de gravité [2].

Nous rapportons un cas de hernie diaphragmatique droite avec passage du foie dans le thorax, diagnostiqué trois ans après l'accident initial. Avec une revue de la littérature nous discutons les aspects diagnostiques et thérapeutiques des hernies diaphragmatiques droites méconnues.

OBSERVATION

Monsieur M B âgé de 38 ans, était reçu au service de chirurgie du centre hospitalier régional de Thiès pour une douleur thoracique gauche associée à une dyspnée d'effort. Ce tableau clinique évoluait depuis trois mois. Dans ses antécédents, on retrouvait un traumatisme fermé du thorax suite à un accident de la circulation il y a 3 ans, pris en charge dans une autre structure hospitalière.

À l'admission dans notre structure, le patient avait un bon état général. L'auscultation du thorax permettait de noter des gargouillements dans l'hémithorax droit et une abolition du murmure vésiculaire à la base de l'hémithorax droit. L'examen clinique de l'abdomen était sans particularité.

La radiographie du thorax mettait en évidence une image hydro-aérique vers l'apex et un gros foyer d'opacité à la base pulmonaire droite (Figure 1).

La tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdominale montrait la présence dans la partie haute de la cavité pleurale droite d'anses intestinales, du dôme hépatique et une atélectasie passive pulmonaire droite (Figures 2 et 3). La TDM objectivait en plus, en fenêtre osseuse, des fractures simples consolidées de la 3^{ème} à la 7^{ème} côte à droite et concluait à une hernie diaphragmatique d'origine traumatique.

L'exploration chirurgicale par laparotomie médianexypho-ombilicale permettait de découvrir une hernie diaphragmatique droite avec un hépatothorax. Il n'y avait pas d'adhérence intra-thoracique des organes herniés ce qui avait facilité leur réduction intra-abdominale. Après une réduction des organes herniés, nous avons procédé en une fermeture de la brèche diaphragmatique par des points en X au fil non résorbable suivie d'un drainage de la cavité pleurale droite. Les radiographies du thorax de contrôle au premier puis au cinquième jour postopératoire étaient satisfaisantes autorisant l'ablation du drain thoracique (Figure 4) et la sortie du patient au sixième jour postopératoire. Le patient a été revu trois mois après l'intervention, il n'avait aucune plainte.

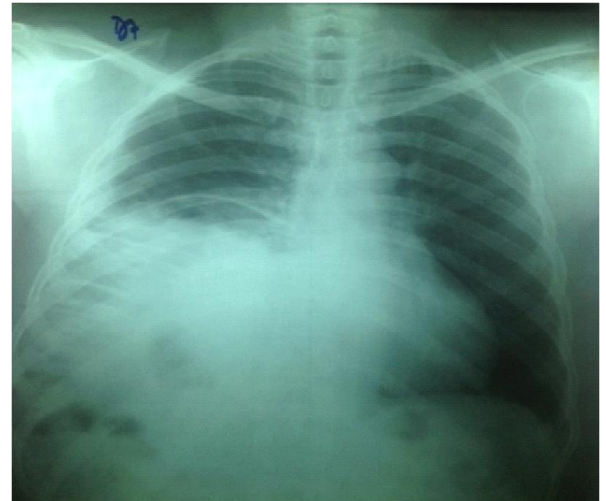


Figure 1. La radiographie du thorax de face : présence de clartés digestive dans l'hémithorax droit associée à une opacité à la base pulmonaire droite correspondant au foie.



Figure 2. TDM thoracique (coupe axiale en fenêtre médiastinale) : clartés digestives dans le thorax.

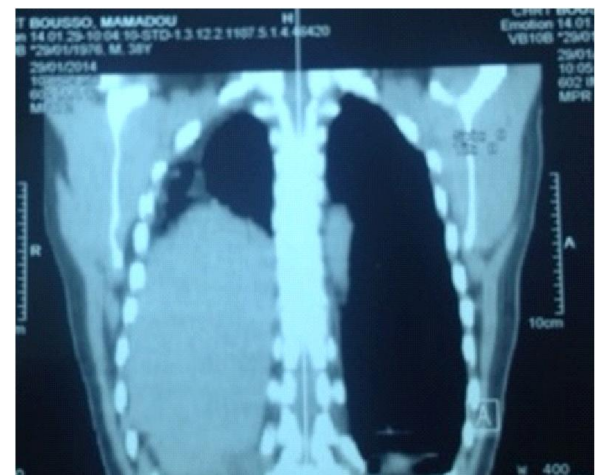


Figure 3. TDM thoracique (coupe coronale en fenêtre médiastinale) : présence du foie dans le thorax avec une atélectasie du poumon



Figure 4 :La radiographie du thorax en postopératoire : bonne ré-expansion pulmonaire, reconstitution de la ligne diaphragmatique et retour du foie dans l'abdomen.

DISCUSSION

Les hernies diaphragmatiques post-traumatiques concernent 2 % des traumatismes thoraco-abdominaux sévères et 0,5 à 7 % des traumatismes thoraciques isolés [3]. Le mécanisme de rupture consiste en une élévation brutale de la pression abdominale ou thoracique, consécutive à des forces de compression. La rupture siège essentiellement du côté gauche (80 à 90%) puisqu'à droite, le foie fait en général barrage au passage intra thoracique des viscères abdominaux [2,4].

Les lésions diaphragmatiques après traumatisme peuvent être méconnues dans 10 à 30 % des cas lors de la prise en charge initiale [5]. Ainsi, le risque de méconnaître la lésion diaphragmatique au moment du traumatisme fait recommander la réalisation d'un cliché systématique du thorax 3 mois après un traumatisme thoraco-abdominal [6].

Le diagnostic n'est posé qu'à distance du traumatisme causal surtout s'il n'y a pas de lésions abdominales associées [7]. Le délai d'apparition varie de quelques mois à plusieurs années. Le délai diagnostique a été de 3 ans après le traumatisme causal dans notre cas.

Sur le plan clinique, la hernie diaphragmatique est caractérisée par l'hétérogénéité des manifestations cliniques expliquant ainsi les errances diagnostiques et le retard dans la prise en charge. Le diagnostic est suspecté devant une symptomatologie essentiellement respiratoire comme cela a été le cas chez notre patient (dyspnée aigue, toux chronique, broncho-pneumopathies à répétitions...) ou digestive (nausées, vomissements, douleurs abdominales postprandiales...) [1,5,7,8].

Le diagnostic des hernies diaphragmatiques repose sur l'imagerie médicale, essentiellement la radiographie du thorax qui permet le diagnostic dans 55 % des cas [3]. Sur la radiographie du thorax, la rupture diaphragmatique doit être suspectée devant une surélévation anormale de la coupole diaphragmatique, la présence d'images aériques ou hydro-aériques intra-thoraciques, un refoulement des structures médiastinales [2,3,5,7,8].

L'échographie permet de noter l'absence de mouvements du diaphragme, la hernie des viscères ou les plans de rupture de membrane [2,8].

La TDM offre l'avantage d'un bilan lésionnel complet à l'étage thoraco-abdominal. Le scanner hélicoïdal a une sensibilité de 50 à 90 % et une spécificité de 90 à 100 % dans les ruptures diaphragmatiques droites [1,2,4].

A la TDM les signes de rupture diaphragmatique habituellement recherchés sont : l'interruption de l'arche de la coupole, le signe du collet qui signifie la striction des organes herniés en regard de la déchirure, le « viscera dependant sign » et enfin la hernie des organes abdominaux [4,5,7].

L'imagerie par résonance magnétique permet d'obtenir des images en coupe coronale et sagittale d'une meilleure résolution que la tomодensitométrie mais sa place est très limitée dans un contexte d'urgence [3].

Le risque majeur de ces hernies diaphragmatiques est l'étranglement des viscères herniés dans le thorax. Par conséquent, toutes les ruptures diaphragmatiques reconnues même tardivement doivent être opérées du fait du risque d'étranglement herniaire [9]. S'il est généralement admis qu'en phase aiguë la voie abdominale est la voie de référence, au stade tardif et en l'absence de lésions abdominales associées, la thoracotomie représente la voie d'abord préférentielle dans les hernies diaphragmatiques droites [10]. En réalité la voie d'abord dépend surtout du service d'accueil du patient. C'est ainsi que les chirurgiens généralistes utilisent la laparotomie dans 92% et les chirurgiens thoraciques effectuent une thoracotomie dans 78% des cas [8]. La fermeture de la brèche diaphragmatique peut se faire par une suture simple au fil non résorbable.

En cas de brèche diaphragmatique large ou s'il n'existe pas de paroi musculaire suffisamment solide, la mise en place d'une prothèse peut être nécessaire. Un drainage aspiratif de la cavité thoracique est habituellement laissé en place.

CONCLUSION

La hernie diaphragmatique droite post traumatique avec passage intra-thoracique du foie est une lésion rare. Elle passe souvent inaperçue au moment du traumatisme initial. Le polymorphisme clinique explique le retard diagnostique. L'imagerie joue un

rôle important dans le diagnostic positif. Le traitement chirurgical est toujours nécessaire afin d'éviter les

complications à type d'étranglement.

REFERENCES

1. Kozak O, Mentès O, Harlak A et al. Late presentation of blunt right diaphragmatic rupture (hepatic hernia). American Journal of Emergency Medicine 2008 26; 638.e3-638.e5.
2. Barhoumi MH, Hajji H, Turki M et al. Rupture diaphragmatique droite avec passage intra-thoracique total et isolé du foie. Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2011; 3: 6-8.
3. Moujahid M. Hernie diaphragmatique post-traumatique avec luxation hépatique: à propos d'un cas. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2009; 3:171-4.
4. Panda A, Kumar A, Gamanagatti S, Patil A, Kumar S, Gupta A. Diagn Interv Radiol 2014; 20:121-8.
5. Atoini F, Traïbi A, Elkaoui H et al. Les lésions diaphragmatiques post-traumatiques droites méconnues: une revue de six cas. Revue de Pneumologie clinique 2012; 68:185-93.
6. Hirshberg A, Wall JM, Allien MK, Mattok KL. Causes and patterns of missed injuries in trauma. Am J Surg 1994; 168:299-303.
7. Guner A, Ozkan OF, Bekar Y, Kece C, Kaya U, Reis E. Management of delayed presentation of a right-side traumatic diaphragmatic rupture. World J Surg 2012; 36:260-5.
8. Ganie FA, Lone H, Lone GN et al. Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia: a Diagnosis of Suspicion with Increased Morbidity and Mortality. Trauma Mon. 2013; 18:12-6.
9. Slim K. Ruptures et plaies du diaphragme. J Chir 1999; 136:67-75.
10. Blitz M, Louie BE. Chronic traumatic diaphragmatic hernia. Thorac Surg Clin. 2009; 19:491-500.