

DIAGNOSTIC PRECOCE D'UNE RUPTURE TRAUMATIQUE DU DIAPHRAGME EARLY DIAGNOSIS OF TRAUMATIC RUPTURE OF THE DIAPHRAGM

J-L Olory-Togbe *, F Dossou **, I Lawani *, K Bagnan **, N Padonou *, M Chobli***

de Chirurgie Viscérale "A",** Service de Chirurgie Viscérale "B",*** service médical d'
Service'accueil des urgences Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou
MAGA Cotonou

Correspondance et tirés à part ; Dr J-L OLORY-TOGBE JL 01 BP 728 Cotonou Bénin

Email : joloryt@hotmail.com

RESUME :

Nous rapportons un cas de rupture traumatique de l'hémi-diaphragme gauche chez un homme de 35 ans hospitalisé en urgence pour contusion thoraco-abdominale. La radiographie du thorax a révélé une image attribuée d'abord à un hémopneumothorax, mais des clichés après mise en place d'une sonde naso-gastrique ont permis le diagnostic de rupture du diaphragme avec ascension intra thoracique de l'estomac. Le traitement chirurgical a consisté en un repositionnement du viscère suivi de la suture de la brèche. Les suites opératoires ont été simples. Le diagnostic précoce demeure une gageure et l'exploration minutieuse de la cavité est recommandée.

Mots clés : rupture, diaphragme, diagnostic.

SUMMARY

We report a case of traumatic diaphragm rupture of a 35 years old man, which have been hospitalised for blunt trauma. Hemo-pneumothorax was suspected on initial chest radiographs but an other chest radiograph after insertion of a nasogastric tube show the diaphragmatic rupture with herniation of the stomach.

The surgical treatment consisted of a repositioning of the viscus followed by joining of the breach. Post operative recovery was uneventful. Minutious per-operative exploration of abdominal cavity is recommended.

Key-word: rupture, diaphragm, diagnosis.

INTRODUCTION:

Le diagnostic de rupture traumatique du diaphragme est posé dans la majorité des cas bien au delà de l'accident initial car les signes cliniques sont peu spécifiques et l'imagerie qui ne visualise pas la rupture mais les organes ascensionnés peut être mal interprétée [1,2]: Le retard diagnostique à la phase aigue explique le taux élevé de complications lié à cette affection qu'un faisceau d'arguments pourrait faire évoquer.

L'objectif de notre travail était d'analyser, à partir d'un cas clinique vu tôt, les arguments cliniques et

d'imagerie pouvant contribuer au diagnostic précoce.

OBSERVATION

Mr A. Ph. Agé de 35 ans a été admis en urgence le 10 Octobre 2006 pour une contusion thoraco-abdominale suite à un accident de la voie publique avec choc frontal. Il a été transporté par ambulance médicalisée du lieu de l'accident situé à environ 45 km, au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou avec une obnubilation, une polypnée à 40 cycles par minute, une tachycardie à 120 pulsations par minute, une tension artérielle à 110/70 mm Hg et un score de Glasgow à 13.

A l'admission, l'auscultation cardiothoracique retrouvait une diminution du murmure vésiculaire à gauche avec un assourdissement des bruits du cœur.

L'abdomen était souple. L'examen neurologique et celui des autres appareils étaient normaux.

La radiographie thoracique a révélé une opacité de l'hémi thorax gauche mise au départ sur le compte d'un hémopneumothorax. La persistance de cette opacité sur la radiographie de contrôle après drainage thoracique a motivé la réalisation d'un autre cliché du thorax après mise en place d'une sonde naso-gastrique. Celle-ci a été retrouvée uniquement dans l'hémi-thorax gauche.

Le diagnostic de rupture du diaphragme avec ascension intra thoracique de l'estomac a été alors posé. On a réalisé, 24 heures après admission du patient, une laparotomie médiane sus-ombilicale avec suture de la brèche diaphragmatique gauche longue de 10 cm au fil non résorbable (Polyester tressé décimale 3 (2/0)) après réintégration de l'estomac dans la cavité abdominale. Les suites opératoires ont été simples et la sortie a été autorisée au 8^{ème} jour post-opératoire.

DISCUSSION

La rupture traumatique du diaphragme survient le plus souvent au cours d'un accident de la voie publique [3] et touche en général 4 hommes pour 1 femme, le plus souvent entre 30 et 40 ans [3,4]. Il s'agit d'une affection dont le diagnostic préopératoire est difficile surtout en l'absence d'ascension de viscère mais aussi parce qu'aucun des signes cliniques pouvant être retrouvés à l'admission n'est spécifique [3,5,6,]. On estime que dix à 20% des ruptures du diaphragme

ne sont pas diagnostiquées en phase aiguë [5,6,7]. Chez notre patient le premier diagnostic évoqué était celui d'un hémopneumothorax pour lequel une ponction thoracique ce qui aurait pu provoquer une perforation iatrogène des viscères ascensionnés a été réalisée. Une rupture trop petite ou méconnue peut s'agrandir progressivement et se révéler très tardivement, jusqu'à 50 ans après le traumatisme, soit à l'occasion d'une imagerie demandée pour un quelconque motif, à l'occasion de douleurs épigastriques ou thoraciques non spécifiques, ou plus rarement lors d'un étranglement [7].

L'ascension intra thoracique d'organes, tels que l'estomac l'épiploon et le colon gauche se remarque alors dans la rupture diaphragmatique gauche qui semble être plus fréquente [3,6,7].

Lorsque la rupture siège à droite, le risque d'ascension est moins élevé à cause de la présence du foie et expliquerait la rareté relative de la rupture droite [3]. En l'absence d'ascension d'organe, le diagnostic de rupture traumatique du diaphragme n'est pas aisé [7]. La radiographie thoracique standard demeure alors un bon moyen diagnostique [4, 5] lorsqu'on prend la précaution de placer une sonde naso-gastrique avant de faire les clichés du thorax [8,9,10].

En l'absence d'imagerie médicale plus performante (scanner thoraco-abdominal en coupe fines, imagerie par résonance magnétique) et en cas de doute non levé par les clichés thoraciques standards, on peut avoir recours au pneumopéritoine diagnostique par insufflation de CO₂ qui constitue un bon test diagnostique lorsqu'on constate le passage du CO₂ dans la cavité thoracique.

A la rupture traumatique du diaphragme, peuvent s'associer souvent des lésions abdominales et/ou pelviennes [8, 9] absentes dans notre cas.

Le traitement de la rupture est chirurgical. La plupart des auteurs s'accordent pour une suture de la brèche par des points séparés au fil non résorbable [1,3,9]. Dans les ruptures diagnostiquées tardivement, le défaut important impose la mise en place d'une prothèse. La voie d'abord abdominale est la plus utilisée [3,9] à cause de la plus grande fréquence d'association de lésions abdominales. La thoracotomie est préférée dans les ruptures droites [3,9].

La mortalité varie selon les auteurs entre 5.5% et 34.5% [9,11]. Elle est d'autant plus élevée qu'il existe des lésions associées.

CONCLUSION

Le diagnostic précoce de la rupture traumatique du diaphragme est rare. Dans le cas que nous avons rapporté, la radiographie standard du thorax avec mise en place d'une sonde naso-gastrique nous a permis de redresser l'erreur diagnostique de départ. Le traitement a été précoce et les suites immédiates ont été simples. Nous recommandons une exploration minutieuse du diaphragme devant tout traumatisme thoraco-abdominal.

REFERENCES

- 1 Hacıbrahimoglu G, Solak O et all.**
Management of traumatic diaphragmatic rupture.
Surg Today 2004; **34**(2):111-4.
- 2 Lee WC, Chen RJ, Fang JF et all.**
Rupture of the diaphragm after blunt trauma.
Eur J Surg 1994; **160**(9): 479-83.
- 3 FAVRE JP, CHEYVEL N, BENOIT L, FAVOULET P.**
Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme
EMIC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales- Appareil digestif, 40-240, 2005.
- 4 Adegboye VO, Ladipo JK, Adebo OA, Brimmo AI.**
Diaphragmatic injuries.
Afr J Med Sci 2002 ; **31**(2):149-53.
- 5 Shah R, Sabanathan S, Mearns AJ, Choudhury AK.**
Traumatic rupture of diaphragm.
Ann Thorac Surg 1995; **60**(5):1444-9.
- 6 Maddox PR, Mansel RE, Butchart EG.**
Traumatic rupture of the diaphragm: a difficult diagnosis.
Injury 1991; **22**(4):299-302.