

La rupture diaphragmatique droite post-traumatique : une présentation rare chez le nourrisson

Post-traumatic right diaphragmatic rupture: a rare presentation in infants

C. Chouikh · A. El Koraichi · H. Zerhouni · A. Awab · A. El Ayoubi · A. Mosadik · F. Ettaybi · S.E. El Kettani

Reçu le 12 mars 2013 ; accepté le 2 avril 2013
© SRLF et Springer-Verlag France 2013

À l'éditeur,

Les ruptures traumatiques de la coupole diaphragmatique, notamment droite, sont rares chez l'enfant et généralement liées à un accident de la voie publique [1]. Au travers d'un cas traité récemment dans notre département, nous avons souhaité discuter les mécanismes, les difficultés diagnostiques et les différentes modalités thérapeutiques d'une telle lésion traumatique.

Il s'agissait d'un nourrisson de 18 mois, sans antécédents notables, victime d'un accident de la voie publique avec point d'impact thoraco-abdominal droit. À son arrivée au service des urgences, 12 heures après son traumatisme, il était conscient. L'examen initial révélait quelques écorchures du flan droit. Il était polypnéique à 45 cycles par minute avec une saturation à 97 % en air ambiant, une fréquence cardiaque à 135/min et une pression artérielle à 103/62 mmHg. La radiographie thoracique (Fig. 1) objectivait une ascension de la coupole diaphragmatique droite, sans autres lésions associées, laissant suspecter une rupture diaphragmatique droite. La tomодensitométrie thoraco-abdominale confirmait le diagnostic, en objectivant l'ascension du foie et du côlon droit en intrathoracique. Devant la dégradation de l'état respiratoire nécessitant un support ventilatoire, le nourrisson était rapidement transféré en réanimation puis admis au bloc

opératoire. Après un abord chirurgical sous-costal droit, l'exploration révélait une ascension du foie et du côlon droit,



Fig. 1 Radiographie thoracique objectivant une ascension diaphragmatique droite

C. Chouikh · A. El Koraichi (✉) · A. Mosadik · S.E. El Kettani
Service d'anesthésie réanimation pédiatrique polyvalente, hôpital d'enfants de Rabat, Maroc
e-mail : dr_alae@hotmail.com

H. Zerhouni · F. Ettaybi
Service des urgences chirurgicales pédiatriques, hôpital d'enfants de Rabat, Maroc

A. El Koraichi · A. Awab · A. Mosadik · S.E. El Kettani
Faculté de médecine et de pharmacie, université Mohammed V Souissi, Rabat, Maroc

A. El Ayoubi
Laboratoire d'anatomie et chirurgie expérimentale, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

dont la réintégration permettait de découvrir puis de suturer une brèche diaphragmatique (Fig. 2). Les suites opératoires étaient simples permettant l'extubation à J2 et le transfert en service de chirurgie à J3.

La rupture de la coupole diaphragmatique droite survient le plus souvent chez l'adulte jeune dans le cadre d'un polytraumatisme grave suite à un accident de la voie publique. Chez l'enfant, cette complication est plus rare et souvent masquée par d'autres lésions [1]. Le traumatisme violent entraîne une hyperpression abdominale responsable d'une brèche du diaphragme qui en altère sa fonction, les organes abdominaux passant alors par cette brèche et provoquant une élévation de la pression intrathoracique et, par conséquent,

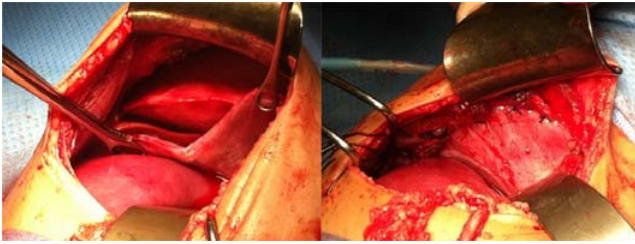


Fig. 2 brèche diaphragmatique droite avant et après la suture chirurgicale

une gêne au retour veineux, une compression pulmonaire et un déplacement médiastinal [2].

Le diagnostic clinique est difficile, car les signes cliniques sont inconstants et non spécifiques. Dans 20 à 40 % des cas, la rupture est découverte en peropératoire d'une autre lésion [1]. Parfois le tableau est plus évocateur quand il s'agit d'une grande hernie des organes abdominaux entraînant une détresse respiratoire ou un abdomen aigu par strangulation. C'est le cas de notre observation, où le patient a présenté une détresse respiratoire quelques heures après son traumatisme. Le diagnostic est suspecté sur la radiographie thoracique qui montre une surélévation de la coupole diaphragmatique droite, conduisant alors généralement à la réalisation d'une tomodensitométrie qui affirme le diagnostic avec une sensibilité de 50 à 90 % et une spécificité qui dépasse 95 % [3].

Sur le plan chirurgical, les ruptures diaphragmatiques sont abordées par deux voies, abdominale ou thoracique. Dans les ruptures droites, la voie thoracique est préférée car elle permet une dissection étendue, une meilleure expo-

sition diaphragmatique et, en cas de nécessité, une décortication pulmonaire pour réexpansion complète [4]. Le pronostic dépend des lésions associées avec une morbidité de 30 % et une mortalité de 10 %, pouvant atteindre 80 % en cas de rupture diaphragmatique compliquée [5].

En résumé, la rupture traumatique de la coupole diaphragmatique droite est une lésion rare en milieu pédiatrique, survenant le plus souvent au décours d'un polytraumatisme. Le diagnostic est difficile et fait appel à la tomodensitométrie. Le traitement chirurgical permet la réintégration des organes herniés et la suture de la brèche. Le pronostic est dans la majorité des cas favorable.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Al-Salem AH (2012) Traumatic diaphragmatic hernia in children. *Pediatr Surg Int* 28:687–91
2. Ngoga D, Mauffrey C (2007) Undiagnosed delayed traumatic diaphragmatic rupture causing sudden death: case report and review of literature. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 17:321–3
3. Sadeghi N, Nicaise N, DeBacker D, et al (1999) Right Diaphragmatic rupture and hepatic hernia: an indirect sign on computed tomography. *Eur Radiol* 9:972–4
4. Turhan K, Makay O, Cakan A, et al (2008) Traumatic diaphragmatic rupture: look to see. *Eur J Cardiothorac Surg* 33:1082–5
5. Reber PU, Schmied B, Seiler CA, et al (1998) Missed diaphragmatic injuries and their long-term sequelae. *J Trauma* 44:183–8