




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Hernie diaphragmatique post-traumatique révélée par une pleurésie stercorale (à propos d'un cas)

A late post-traumatic diaphragmatic hernia revealed by a tension fecopneumothorax (a case report)

M. Kafih, R. Boufettal*

Service des urgences viscérales chirurgicales, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Disponible sur Internet le 8 janvier 2009

MOTS CLÉS

Hernie diaphragmatique ;
Pleurésie stercorale ;
Chirurgie ;
Pronostic

Résumé

Introduction. – La hernie diaphragmatique post-traumatique constitue une lésion particulière en traumatologie qui risque de passer inaperçue. Le diagnostic se fait alors à l'occasion d'une complication. La coupole diaphragmatique gauche est la plus fréquemment touchée. La pleurésie stercorale par perforation d'une hernie diaphragmatique dans la cavité pleurale en est une complication rare mais particulièrement grave.

Observation. – Il s'agit d'un patient âgé de 68 ans, admis dans un tableau d'occlusion intestinale aiguë avec détresse respiratoire. On notait dans ses antécédents un traumatisme thoraco-abdominal fermé violent à la suite d'un accident de la voie publique survenu huit ans auparavant. La radiographie thoracique de face montrait un hydropneumothorax de grande abondance et le scanner thoracique montrait un épanchement de grande abondance dans la cavité pleurale gauche, de densité hétérogène, avec une hernie du côlon en intrapleurale. Une thoracolaparotomie en extrême urgence permettait de noter un épanchement stercoral intrapleurale gauche secondaire à une perforation du côlon transverse hernié en intrathoracique à travers un défaut diaphragmatique. Le traitement chirurgical consistait en une réduction de l'hernie, un drainage pleural, une colostomie et une fermeture de la brèche diaphragmatique. L'évolution était favorable.

Conclusion. – L'éventualité de la survenue d'une hernie diaphragmatique doit être systématiquement présente à l'esprit en cas de traumatisme thoraco-abdominal fermé violent ou en cas

* Auteur correspondant. Appartement 21, immeuble 9, résidence Charda, rue Charda, Borgogne, Casablanca, Maroc.
Adresses e-mail : racbout@caramail.com, racbout@hotmail.com (R. Boufettal).

KEYWORDS

Diaphragmatic
hernia;
Tension
fecopneumothorax;
Surgery;
Prognosis

de plaie basithoracique afin d'éviter la survenue de complications, dont la pleurésie stercorale. Cette dernière peut engager tant le pronostic fonctionnel que vital.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary

Introduction. — Post-traumatic diaphragmatic hernia is a particular lesion in traumatology that may be neglected. Thus, the diagnosis may be delayed for a few days to several months and only be made following a complication. The left diaphragmatic cupola is the most touched. Tension fecopneumothorax following diaphragmatic hernia perforation in the pleural cavity is a rare but particularly severe complication of traumatic diaphragmatic hernia.

Case report. — A 68-year-old man was admitted for acute intestinal occlusion with respiratory distress. A history of a violent blunt thoraco-abdominal traumatism resulting from a traffic accident eight years before was noted. The chest x-ray revealed an abundant hydropneumothorax and the thoracic scan revealed abundant effusion with heterogeneous density in the left pleural cavity, associated with an intrapleural hernia of the large intestine. An emergency thoracotomy discovered tension fecopneumothorax secondary to intrathoracic perforation of the transverse colon through a left hemidiaphragm defect. The surgical treatment consisted of hernia reduction, pleural drainage, colostomy and repair of the diaphragmatic defect.

Conclusion. — The possibility of diaphragmatic hernia should be kept in mind in case of violent blunt thoraco-abdominal traumatism or basithoracic wound. In this way, complications such as tension fecopneumothorax that could threaten the functional and vital prognosis may be prevented.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

La hernie diaphragmatique post-traumatique (HDPT) constitue une lésion particulière en traumatologie qui risque de passer inaperçue. Le diagnostic se fait alors à l'occasion d'une complication [1]. La pleurésie stercorale par perforation d'un viscère creux dans la cavité pleurale est une complication rare, mais particulièrement grave des HDPT, pouvant ainsi engager le pronostic fonctionnel et vital, a fortiori lorsqu'il s'agit du côlon [2]. Nous rapportons le cas d'une pleurésie stercorale par perforation d'une HDPT.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 68 ans, connu diabétique non insulino-dépendant bien suivi, admis pour des douleurs abdominales diffuses d'installation progressive depuis une semaine, suivies d'un syndrome occlusif complet. Le patient était opéré en urgence dans un hôpital de zone. Il bénéficiait d'une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. L'exploration de la cavité abdominale permettait de retrouver des adhérences au niveau de la région iléocœcale qui étaient libérées. Mais le diagnostic étiologique de l'occlusion n'était pas dressé. À j3 postopératoire, le patient présentait une aggravation du tableau clinique avec installation d'une détresse respiratoire. Il était transféré au service de réanimation du centre hospitalier universitaire. La radiographie thoracique de face montrait un hydro-pneumothorax gauche de grande abondance et le scanner thoracique montrait un épanchement de grande abondance dans la cavité pleurale gauche de densité hétérogène avec la présence d'une anse colique en intrathoracique (Fig. 1 et 2).

On relevait dans ses antécédents une notion de traumatisme thoraco-abdominal fermé violent à la suite d'un accident de la voie publique survenu huit ans auparavant et ayant justifié une hospitalisation. Devant ce tableau, le diagnostic d'hernie diaphragmatique (HD) était évoqué et conforté par la notion de cet antécédent. Le patient était réopéré en extrême urgence. Il bénéficiait, dans un premier temps, d'une thoracotomie postérolatérale gauche. L'exploration permettait de noter une cavité thoracique gauche très remaniée avec présence d'un liquide fécaloïde en grande abondance qui était évacué. Une incision sous-costale gauche était réalisée dans un deuxième temps et permettait de trouver deux ruptures antérieures de la coupole diaphragmatique gauche, dont la plus grande mesurait 4 cm de grand axe, laissant passer le côlon transverse qui était strangulé et intimement lié au diaphragme par des adhérences. Le côlon était libéré et réintégré dans la cavité abdominale. Nous constatons qu'il était nécrosé et perforé. Nous réséquons le côlon nécrosé avec réalisation d'une colostomie au niveau du flanc gauche. Les brèches diaphragmatiques étaient réparées par des points séparés en X au fil non résorbable n°2. La laparotomie était fermée. Ensuite, nous réalisons un lavage abondant de la cavité pleurale gauche et un drainage thoracique. Le patient recevait une antibiothérapie à base de céphalosporines de troisième génération et du métronidazole. Les suites opératoires étaient simples avec reprise d'une fonction respiratoire normale et sortie à j11 postopératoire.

Trois mois après, le patient bénéficiait d'un rétablissement de la continuité colique dont les suites étaient également simples. Le contrôle à six mois montrait une évolution clinique et radiologique favorable avec, surtout, une reprise d'une dynamique respiratoire normale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419891>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419891>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)