

Cas clinique

Rupture diaphragmatique droite, de découverte tardive
et fortuite à la consultation d'anesthésie

Delayed and fortuitous diagnosis of right diaphragmatic rupture
during preoperative evaluation

M. Ould-Ahmed ^{a,*}, J.-N. Choplain ^b, M. Andre ^c, P. Mondine ^b, L. Potier ^d

^a Service d'anesthésie, HIA Clermont-Tonnerre, 29240 Brest-Armées, France

^b Service de chirurgie thoracique, CHU Cavale-Blanche, 29609 Brest cedex, France

^c Service de pneumologie, HIA Clermont-Tonnerre, 29240 Brest-Armées, France

^d Service d'orthopédie, HIA Clermont-Tonnerre, 29240 Brest-Armées, France

Reçu le 21 octobre 2004 ; accepté le 5 janvier 2005

Disponible sur internet le 19 mars 2005

Résumé

Les ruptures diaphragmatiques, qui résultent de traumatismes fermés violents, peuvent être de diagnostic retardé. Elles exposent, précocement ou tardivement, à des complications cardiopulmonaires par compression et digestives par strangulation, lors du passage intrathoracique d'organes abdominaux. Une femme de 49 ans était adressée à la consultation d'anesthésie pour une chirurgie rachidienne en décubitus ventral. La radiographie thoracique systématique retrouvait un hémidiaphragme droit en dôme de brioche et des images aériques au niveau du sinus pleural droit. L'examen tomodensitométrique confirmait le diagnostic de rupture diaphragmatique droite chronique avec hernie hépatique et colique. Un traumatisme fermé droit s'était produit 15 mois auparavant lors d'un accident de voiture, causant plusieurs fractures pelviennes droites. Le risque de complications mécaniques liées à la rupture diaphragmatique chronique est accru en période périanaesthésique. Une réparation première par thoracotomie des ruptures diaphragmatiques droites chroniques est recommandée. Lorsqu'elle est irréalisable devant l'urgence d'une autre chirurgie, la faisabilité d'une anesthésie locorégionale ou périmédullaire doit être analysée en priorité.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Although diaphragmatic rupture occurs after violent blunt trauma, its diagnosis is often delayed. The intra-thoracic displacement of abdominal organs through diaphragmatic rupture may lead to early or delayed complications because of compression of heart and lungs or strangulation of the abdominal viscera. A 49-year-old woman was scheduled to undergo elective lumbar disc surgery in prone position. The preoperative chest radiograph revealed an abnormally elevated right hemi diaphragm with loops of colon filling the right costophrenic angle. The CT-scan confirmed right chronic diaphragmatic rupture with colon and liver herniations. Fifteen months previously, this woman had been involved in a traffic accident, with blunt right trauma resulting in right pelvic fractures. Perianaesthetic course increase the pre-existing mechanical risk of complications of chronic diaphragmatic rupture. Primary repair of right chronic diaphragmatic rupture through thoracotomy must be recommended. When another surgery must be done in emergency, the feasibility of regional anaesthesia should be considered.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Diaphragme ; Traumatisme thoracique fermé ; Consultation d'anesthésie

Keywords: Diaphragm; Blunt thoracic trauma; Preoperative evaluation

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Mehdi.OA@wanadoo.fr (M. Ould-Ahmed).

1. Introduction

Le diagnostic de rupture diaphragmatique (RD) lors d'un traumatisme thoracique fermé peut s'avérer difficile. Précoce, il s'inscrit habituellement dans le cadre du bilan lésionnel d'un polytraumatisme [1–4]. Tardif, il intervient souvent lors d'une complication car le passage d'organes abdominaux dans le thorax expose à des manifestations cardiopulmonaires par compression [5,6] et à des accidents digestifs par strangulation [7–9]. La RD à droite est moins fréquente, de révélation plus tardive (rôle du foie dans le maintien en position sous-diaphragmatique des viscères abdominaux) et pourtant plus grave [10]. La découverte tardive et fortuite d'une RD droite, à la consultation d'anesthésie, nous amène à envisager les risques péri-anesthésiques.

2. Observation

Une femme de 49 ans, a été adressée à la consultation d'anesthésie, avant une chirurgie rachidienne. Son seul antécédent notable était un accident de voiture, en qualité de passagère avant, 15 mois auparavant, responsable d'un traumatisme pelvien osseux : fractures cotyloïdiennes, sacrée et iliopubienne droites. Après trois semaines d'hospitalisation, la patiente rejoignait son domicile. Mais, les douleurs pelviennes devenaient chroniques et invalidantes, avec apparition secondaire et progressive d'un syndrome radiculaire lombaire. L'IRM objectivait une protrusion discale droite L2-L3, motivant l'indication de discectomie avec hémilaminectomie L2-L3, en décubitus ventral.

Chez cette patiente algique, l'examen clinique, notamment cardiaque, pulmonaire et digestif, était normal. Il n'existait pas de critères d'intubation difficile, et l'abord vasculaire était aisé. Mais, la radiographie thoracique (Fig. 1) réalisée à la consultation d'anesthésie révélait une surélévation de



Fig. 1. Radiographie thoracique lors de la consultation d'anesthésie : surélévation de la coupole diaphragmatique droite avec comblement du sinus pleural.



Fig. 2. Radiographie thoracique le jour de l'accident de la voie publique : hémidiaphragme droit en dôme de brioche avec un sinus pleural libre, interprété comme une « image thoracique normale ».

l'hémidiaphragme avec un comblement du sinus pleural, à droite. La radiographie lors de l'accident (Fig. 2), comparée a posteriori à un cliché antérieur de médecine du travail (Fig. 3), retrouvait à droite, un hémidiaphragme en dôme de brioche avec un sinus pleural libre. Le contrôle radiographique (Fig. 4), décidé lors de la visite préanesthésique, dévoilait des images aériques surajoutées au niveau du sinus pleural droit et motivait un scanner thoracique (Fig. 5). Le passage intrathoracique de l'angle colique droit était confirmé, avec une hernie du foie, étranglé au niveau de la zone de RD. L'exploration fonctionnelle respiratoire et le bilan biologique, notamment hépatique, étaient normaux. Décision était prise de différer la chirurgie rachidienne, qui devait se dérouler en décubitus ventral.

Collégalement, il était décidé une réparation diaphragmatique par thoracotomie antérolatérale. Elle confirmait la présence de côlon, de grêle, du foie droit et de la vésicule biliaire



Fig. 3. Radiographie thoracique en médecine du travail, sept ans auparavant : aspect de référence.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9091343>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9091343>

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