

RUPTURE DIAPHRAGMATIQUE COMPLIQUÉE D'UNE FISTULE COLOGASTROPLEURALE

A. ZENTAR, Y. SEFIANI, D. TOUITI, A. ELALJ, T. MADHI, O. MANSARI, A. JAAFAR, M; ECHARRAB, F. ALAMI, LOUCHI, A. AMRAOUI, A. ERROUGANI, B. BENCHEKROUN, F. CHKOF, S. BALAFREJ *

INTRODUCTION

De fréquence croissante, les ruptures traumatiques du diaphragme doivent être diagnostiquées précocement, afin de bénéficier d'un traitement chirurgical urgent avant que survienne une complication (1).

Nous rapportons ici un nouveau cas de rupture diaphragmatique gauche avec plaie colique et gastrique qui s'est compliquée d'une fistule gastro-colique et exclue dans la cavité pleurale à travers la brèche diaphragmatique.

OBSERVATION CLINIQUE

M. AB, âgé de 38 ans, est admis au urgences à la suite d'une agression par coup de couteau au niveau de la région basi-thoracique gauche sur la ligne axillaire postérieure au niveau du 8^{ème} espace intercostal gauche.

A l'admission, c'est un patient en bon état hémodynamique, conjonctive normocolorée, apyrétique.

L'examen de la plaie montre un orifice de 2 cm avec issue de sang.

L'examen pleuro pulmonaire montre une matité de l'hémi-thorax gauche témoignant d'un épanchement intrapleurale.

L'examen abdominal trouve un abdomen qui est souple sans matité déclive mais avec une légère sensibilité de l'hypochondre gauche.

Le bilan biologique montre une hyperleucocytose à 23.000/mm³.

La radiographie pulmonaire montre un hémithorax de moyenne abondance, drainé, qui a ramené 1,5 l.

Dans le but d'éliminer une lésion associée intrapéritonéale, une échographie abdominale est réalisée qui a montré l'intégrité de la rate et la présence d'un épanchement au niveau de la gouttière pariéto-colique gauche avec une petite lame d'épanchement en interhépaté-rénale. Une ponction-lavage péritonéale est négative avec des globules rouges à 1800 / mm³ et des globules blancs à 8 / mm³. Le patient est gardé pendant 24 heures sous surveillance avec une radiographie pulmonaire de contrôle qui a montré un

poumon normal. Il fut adressé en pneumologie pour surveillance de son drainage, fut adressé chez lui avec son drain thoracique à j + 4.

Le patient est revu 7 jours après dans un tableau fébrile à 39°C avec du liquide digestif qui provient du drain thoracique.

Une radio pulmonaire montre un épanchement hydroaérique avec des niveaux grêliques en sous diaphragmatique gauche (Photo n°1). L'échographie abdominale ne montre rien de particulier notamment pas d'épanchement intrapéritonéal, mais présence d'un épanchement pleural impur. Une opacification digestive est réalisée par un lavement aux hydrosolubles (Photo n°2) qui a montré la présence d'une fistule colo-gastro-pleurale.

Le patient est opéré par une laparotomie médiane sus-ombilicale. On retrouve une fistule entre une plaie colique (angle colique gauche) et une plaie médio-gastrique au niveau de la grande courbure de 2 cm qui est fistulée au niveau d'une brèche diaphragmatique de 4 cm, sans épanchement intrapéritonéal. On réalise une adhésiolyse soignée avec libération du colon et de l'estomac ; on procède à un avivement des berges de la plaie diaphragmatique avec suture au catgut n°2, suture à la soie 2/0 de la plaie gastrique et une stomie sur le colon transverse emportant la plaie colique avec un nouveau drainage thoracique. Les suites opératoires sont marquées par l'apparition d'un abcès sous phrénique gauche qui a nécessité une reprise chirurgicale à j + 4.

Dix jours après, on note l'apparition d'un pyothorax qui a nécessité un drainage pendant 40 jours avec antibiothérapie. Le rétablissement de continuité a été réalisé 3 mois après.

Les suites actuelles sont simples avec assèchement du pyothorax avec un contrôle radiologique qui montre une pachypleurite résiduelle.

DISCUSSION

La rupture diaphragmatique post traumatique entraîne l'issue des organes abdominaux dans le thorax. Dans 75 à

* Professeur de chirurgie viscérale, Chef de service des urgences chirurgicales viscérales - Avicenne - Rabat.

95 % des cas elle est située à gauche (7). La hernie des organes survient soit immédiatement, soit après une période de latence de plusieurs jours, mois ou années (5).

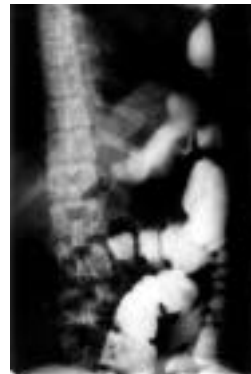
Après une brèche diaphragmatique méconnue, l'aspiration des viscères abdominaux se fait dans le thorax à la faveur du vide pleural. Après la description des manifestations cliniques faite par AMBROISE PARE en 1580, le diagnostic de cette affection n'est devenu plus fréquent que grâce à la radiologie (3).

Chez notre patient, les plaies viscérales (colique et gastrique) sont aspirées au niveau de la brèche diaphragmatique. très petite pour permettre la hernie, cette dernière a permis de diriger les deux plaies, le drain thoracique sous vide joue le rôle d'un drainage des deux plaies ventosées au niveau de la brèche diaphragmatique à la manière d'une fistule digestive dirigée, ce qui a exclu les perforations dans la cavité pleurale, d'où la négativité de l'exploration abdominale par l'échographie et la ponction lavage péritonéale. Retrouvée chez deux des malades d'ANDREASSIAN et Al. (2) et 29 % des malades de Freeman cité par ANDREASSIAN, cette négativité ne constitue pas un argument suffisant pour écarter cette lésion, en effet, l'aspiration par le vide pleural des organes abdominaux entraîne une exclusion du saignement de la cavité péritonéale.

Photo n°1 : Radio pulmonaire



Photo n°2 : Lavement aux hydrosolubles



BIBLIOGRAPHIE

- 1 - O. ARMSTRONG, R. KARAYUBA.
Une nouvelle observation de rupture diaphragmatique du diaphragme.
Médecine Tropicale, Vol 51, n°3 Juillet-Sep 1991.
- 2 - B. ANDREASSIAN et COLL.
Problèmes diagnostiques et thérapeutiques des ruptures traumatiques récentes du diaphragme (a propos de 37 cas).
Annales de chirurgie 1980, 34 : 284 - 289.
- 3 - P.A. EBERT.
Traumatic diaphragmatic hernia dans : Hyhus Lloyd ed hernia (2° edit).
Philadelphie 1978 : 632 - 40.
- 4 - H. KHADAM-MAKLOHOUL et Coll.
Rupture du diaphragme au cours d'un traumatisme fermé du thorax.

- A. ZENTAR, Y. SEFIANI, D. TOUITI, A. ELALJ, T. MADHI, O. MANSARI,
A. JAAFAR, M; ECHARRAB, F. ALAMI, LOUCHI, A. AMRAOUI,
A. ERROUGANI, B. BENCHEKROUN, F. CHKOF, S. BALAFREJ

Dans les cas douteux, les opacifications digestives (lavement baryté, transit oesogastrique) peuvent amener au diagnostic, c'est le cas de notre patient.

Le traitement chirurgical s'impose dans tous les cas, car il n'est pas admis lorsque le diagnostic a été fait, d'abandonner une rupture diaphragmatique. En urgence la voie médiane, recommandée par la plupart des auteurs (2,4,6) est dictée par la présence des lésions viscérales intra abdominales ; cette association lésionnelle est présente dans 75 % des 74 cas de rupture diaphragmatique pris en charge dans notre service. La rupture diaphragmatique n'est pas grave en elle-même, ce sont les lésions associées qui expliquent le taux élevé de mortalité : 3 % pour Freeman, 33 % pour Popovici cité par ANDREASSIAN (2).

Secondairement, les complications respiratoires infectieuses augmentent la fréquence de la mortalité et de la morbidité. Une fois la rupture diaphragmatique réparée, les séquelles respiratoires sont absentes ou minimales. Devant une plaie basithoracique gauche, il faut toujours penser à une plaie diaphragmatique et la possibilité d'association lésionnelle, seule garantie pour éviter ces complications qui peuvent être mortelles. La radio pulmonaire standard reste le (Gold Standard), elle est incontournable.