

Lettre à l'éditeur

A PROPOS D'UN CAS TRAITÉ D'UNE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE CONGÉNITALE DROITE CHEZ UN NOURRISSON MALGACHE

B. RAKOTOARISOA(1), F. ANDRIASON(2), T. RAKOTOVAO(3), J.C. RAZAFIMAHANDRY(4), A. ANDRIANANDRASANA(5)

RESUME

Les auteurs rapportent un cas clinique isolé d'une hernie diaphragmatique congénitale droite chez un nourrisson de 8 mois, observé dans le service de chirurgie pédiatrique du C.H.U. d'Antananarivo. On a fait une revue de la littérature en insistant sur les conséquences physiopathologiques, les pièges diagnostiques et la conduite thérapeutique. En effet, toute hernie diaphragmatique congénitale droite diagnostiquée et traitée reste une pathologie chirurgicale d'évolution favorable.

Mots clés : hernie diaphragmatique, hernie de BOCHDALEK, chirurgie pédiatrique.

I - INTRODUCTION

La hernie diaphragmatique congénitale est caractérisée par un orifice diaphragmatique malformatif de siège postéro-latéral par le foramen de Bochdalek, avec hernie des viscères abdominaux dans le thorax (1, 2). C'est une pathologie infantile rare, plus souvent parlante à gauche qu'à droite, où le foie peut faire couvercle devant un orifice diaphragmatique limité, à l'origine de sa découverte tardive (2). C'est pourquoi la découverte d'un cas récent chez un nourrisson de 8 mois nous incite d'en faire une revue générale de cette affection.

II - OBSERVATION

Volatina âgée de 8 mois, originaire d'Antananarivo, admise dans le service de chirurgie pédiatrique du C.H.U. d'Antananarivo pour broncho-pneumopathie récidivante.

Dans ses antécédents, elle est née prématurée, plusieurs fois hospitalisée dans le service de pédiatrie pour bron-

cho-pneumopathie dont sa 4ème admission avait fait la découverte fortuite d'une image de condensation hétérogène anarchique de la base pulmonaire droite évoquant la présence probablement des viscères intra-abdominaux dans le thorax, motivant la consultation chirurgicale.

L'examen clinique à l'entrée, a retrouvé un enfant hypotrophique, sub-fébrile, état général altéré, dyspnéique avec battement des ailes du nez mais pas de cyanose. Le thorax est légèrement asymétrique avec bombement de la base droite. On notait en outre une matité entrecoupée de sonorité de la base pulmonaire droite et des râles sous crépitants à droite.

Les examens biologiques ne montrent aucune anomalie sauf une hyperleucocytose à 23400/mm³.

La radiographie cœur/poumons objectivait une opacité hétérogène de la base pulmonaire droite avec transparence parenchymateuse satisfaisante du sommet droit.

Un transit du grêle a été réalisé, il a conclu à la découverte d'une opacification des anses intestinales en position intra-thoracique à la base pulmonaire droite. Le diagnostic d'une hernie diaphragmatique droite congénitale est confirmé.

L'enfant a été pris en charge par l'équipe de réanimation pour contrôler les conditions respiratoires, cardiovasculaires et métaboliques. On a décidé d'opérer

(1) Chirurgien Ancien Interne de l'Internat Qualifiant
Service de chirurgie viscérale du C.H.R. de Fianarantsoa - B.P 1050 -
Code postal 301 - Fianarantsoa.

(2) Chirurgien - Service de Chirurgie pédiatrique
Pavillon Sainte Fleur - C.H.U. Antananarivo.

(3) Anesthésiste-Réanimateur - Service de Réanimation chirurgicale
C.H.U. Antananarivo.

(4) Chirurgien - Service de chirurgie traumatologie
C.H.U. Antananarivo.

(5) Professeur émérite de chirurgie pédiatrique à la Faculté de
Médecine d'Antananarivo.

A propos d'un cas...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

après avoir fait un bilan d'opérabilité en recherchant les pathologies associées et les risques anesthésiques.

On a opéré le 1er juillet 2000, sous anesthésie générale, intubé. Malade installé en décubitus dorsal, un billot à la base du thorax. Abord médian sus-ombilical. Section du ligament falciforme. L'exploration de l'étage sus-mésocolique montre une brèche diaphragmatique postéro-latérale droite par laquelle s'engouffre dans le thorax les viscères herniés. Réduction de la hernie par manipulation manuelle douce dont le contenu est formé par le lobe hépatique droit avec la vésicule, colon droit, colon transverse, anses iléales. Adhésiolyse entre les viscères herniées. Le bilan lésionnel complémentaire n'a pas trouvé d'autre anomalie. Résection du sac herniaire suivi d'un repérage et avivement des berges du defect diaphragmatique. Mise en place d'un drain thoracique. Fermeture de l'orifice diaphragmatique en un plan à points séparés par des fils non résorbables 3/0. Fermeture pariétale sans tension. La réanimation post-opératoire est basée par le remplissage vasculaire adéquat et la libération des voies aériennes avec oxygénothérapie. Le drain thoracique est retiré au 5ème jour. Les suites ont été simples. L'enfant sort de l'hôpital au 10ème jour. Les contrôles radiographiques réalisés au 1er mois et 3ème mois montrent le poumon droit bien ventilé et en place.

III - COMMENTAIRES

La hernie diaphragmatique congénitale droite est une malformation d'observation encore rare à Madagascar. Pour certains auteurs (1, 3), dans 80 % des cas la localisation de la hernie est à gauche.

Sur le plan embryologique, la hernie diaphragmatique congénitale se développe entre la 6ème et la 8ème semaine de l'embryogenèse. Elle peut s'expliquer par l'arrêt anormal du développement du diaphragme dans la région postéro-latérale qui aboutit à la persistance anormale d'une brèche diaphragmatique (1, 2).

Sur le plan physiopathologique, la présence des viscères abdominaux dans la cavité thoracique va avoir trois conséquences : (3, 4)

- 1 - Une hypoplasie pulmonaire prédominant du côté de la hernie. Elle est caractérisée par la diminution du nombre total des alvéoles.
- 2 - Une diminution du lit vasculaire pulmonaire total, entrainera une hypertension artérielle pulmonaire.

- 3 - Les accolements anormaux des viscères et les anomalies de rotation.

Sur le plan clinique, les signes d'appel sont très variables, les douleurs thoraciques, abdominales, troubles digestifs, troubles respiratoires, retard staturo-pondéral peuvent faire évoquer le diagnostic (5, 6). Chez notre patiente, la symptomatologie est de révélation tardive. Un mois après sa naissance, elle avait des accès de dyspnée avec cyanose et l'hypotrophie s'installe progressivement. Ce qui explique la difficulté diagnostique. Devant ces signes, on évoque parfois une pneumopathie, une malformation pulmonaire ou une pleurésie.

Sur le plan paraclinique, la radiographie du thorax et l'échographie thoraco-abdominale apporte un diagnostic de présomption (4, 5, 6). Plusieurs diagnostics ont été évoqués devant l'image de condensation de la base droite comme le kyste bronchogénique, la hernie hiatale. Chez notre patiente, le transit du grêle confirme la présence des anses intestinales dans le thorax. Nous pensons que cet examen nous donne les éléments clés du diagnostic.

Sur le plan thérapeutique, la chirurgie reste la seule arme thérapeutique logique (2, 6, 7). Nous sommes tout à fait d'accord avec les auteurs qui disent inutile d'opérer un enfant dans des conditions respiratoires, circulatoires, métaboliques non contrôlés. Chez notre patiente la réanimation bien conduite nous a permis d'atteindre l'objectif.

Sur le plan technique, la voie d'abord sera abdominale pour deux raisons, d'une part pour faciliter la réintégration de la hernie et d'autre part pour vérifier et traiter les anomalies des accolements mésentériques (2, 6, 7).

Deux impératifs doivent être respectés pour la réduction de la hernie, les manipulations du foie doivent être très douces, en raison de la grande fragilité du foie du nouveau-né et le contrôle hémodynamique doit être optimal en raison de gêne au retour cave inférieur (2, 3, 9). Un bilan lésionnel complet en per-opératoire est utile pour chercher un sac herniaire et apprécier le degré d'hypoplasie pulmonaire. Pour la réparation diaphragmatique, la technique que nous avons utilisée est adaptée dans le cas où le defect diaphragmatique serait assez important. En cas de muscle très hypoplasique en

A propos d'un cas...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

arrière il faut appuyer les points sur les côtes. L'utilisation d'une prothèse doit être évitée en raison des multiples complications auxquelles elle expose sauf dans le cas d'absence complète de diaphragme (1, 2, 3, 6).

Dans les suites opératoires, la surveillance clinique, radiologique, biologique doit être instaurée ce qui nous permet d'évaluer l'efficacité du traitement (4, 6, 10). Chez notre patiente le résultat à court et moyen terme est satisfaisant. Avec un recul d'un an, nous n'avons pas noté des troubles respiratoires ni circulatoires.

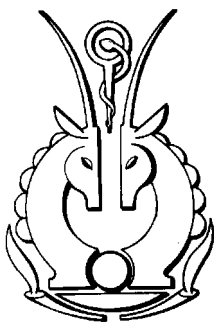
BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CHARDOT C., MONTUPET P., DUQUESNE B., GAUTHIER F.
Hernies diaphragmatiques de l'enfant.
Encycl. Méd. Chir, Paris, Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 1996, 40-255,1-14.
- 2 - GRUNER M., BALQUET P., CHAOUACHI B., LUPOLD M.
Hernies diaphragmatiques de l'enfant.
Encycl. Méd. Chir, Paris, Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 1996, 40-255, 4.6.06, 1-13.
- 3 - BOUREAU M., BUBOIS M.
Hernies diaphragmatiques congénitales.
Urgences néonatales, Paris, 1990, 71-75.
- 4 - BOOKER P., MEERSTADT, BUSH G.
Congenital diaphragmatic hernia in the older child.
Arch. Dis. Child, 1981, 56 : 253-257.
- 5 - LABRUNE M., DELAVEAU, COUPET J., LALLEMAND D.
Diagnostic des détresses respiratoires néonatales d'origine thoracique.
Encycl. Méd. Chir, Paris, 2 eds, 1990, 32-498, 21-24.

CONCLUSION

La rareté de la hernie diaphragmatique congénitale droite, surtout en Afrique, nous a invité à publier ce cas. Le diagnostic doit être suspecté chez un nouveau-né présentant une broncho-pneumopathie à répétition. Le transit du tube digestif nous donne la clé du diagnostic. Un geste chirurgical doit être envisagé dès que le diagnostic est posé pour éviter les complications respiratoires induites par l'hypoplasie pulmonaire. Son évolution est toujours favorable après un traitement bien adapté.

- 6 - BECMEUR F., SCHMITT F., FISCHBACH M., GEISERT J.
Diaphragmatic hernia of delayed diagnosis in pediatric patients.
Ann. Pediat. Paris, 1995, (3), 42 : 176184.
- 7 - CASADEVALL L., DAOUD P., BEAUFILS F.
Hernies diaphragmatiques congénitales.
Pédiatrie, 1992, 47 : 125-132.
- 8 - CONNORS H., TRACY T., BAILEY P.
Congenital diaphragmatic hernia repair on ECMO.
J. Pediatr. Surg, 1990, 25 : 1043-1047.
- 9 - CHARLTON A., BRUCE J., DAVENPORT M.
Timing of surgery in congenital diaphragmatic hernia. Low mortality after preoperative stabilization.
Anaesthesia. 1991, 46 : 820-823.
- 10 - GOHD, DRAKE D.P., BRERETON R., KIELY E.
Delayed surgery for congenital diaphragmatic hernia.
Br. J. Surg, 1992, 79 : 644-646.



Retrouvez
« Le Pharmacien d'Afrique »
 sur Internet
WWW.santetropicale.com

ainsi que
 Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et
 Odonto-Stomatologie Tropicale