

L'IMAGE DU MOIS

La hernie diaphragmatique traumatique

S. ROSANT (1), S. PIRET (2), T. YANS (3), J.-L. CANIVET (4)



Fig. 1. Radiographie standard du thorax; on observe l'asymétrie des deux champs pulmonaires aux dépens de l'hémithorax gauche, la perte du contour de l'hémidiaphragme gauche, l'estomac hernié (flèche) en position intrathoracique.



Fig. 2. CT-Scan thoracique en coupe axiale; on observe le positionnement intrathoracique du côlon (flèche) et de l'estomac (*) dans l'hémithorax gauche, au contact des dernières côtes gauches, refoulant le poumon aéré résiduel en position antérieure.

Un patient est admis à la suite d'un accident de roulage, dans lequel il était le conducteur (ceinturé). Lors de son arrivée aux urgences, il se plaint de nausées, de cervicalgie, de lombalgie, de douleur à l'épaule gauche et d'une douleur thoracique basale gauche s'accroissant à l'inspiration. Au point de vue clinique, il présente un score de Glasgow à 15/15, une dyspnée et un signe de Lassègue à gauche.

L'imagerie médicale révélera :

- à la radiographie pulmonaire (fig. 1), la présence d'une volumineuse hernie gastrique;
- au CT-Scan thoraco-abdominal (fig. 2), une rupture diaphragmatique antéro-latérale gauche (transfixiante) avec ascension gastrique et colique, associée à une contusion de la base thoracique gauche avec atélectasie du lobe inférieur gauche et épanchement pleural. On diagnostique également une fracture non déplacée de l'aile iliaque gauche.

Le patient sera immédiatement pris en charge par les chirurgiens afin de réaliser une raphie diaphragmatique gauche, avec repositionnement intra-abdominal de l'estomac et du côlon transverse.

La rupture diaphragmatique est une entité à exclure lors du bilan lésionnel chez le patient

polytraumatisé, sachant qu'elle n'a pas de symptomatologie clinique propre et que d'autres lésions plus manifestes peuvent occulter sa recherche. Le diagnostic précoce repose sur un haut degré de suspicion clinique (plaie pénétrante ou choc violent fronto-latéral) ainsi que sur la radiologie standard et le scanner.

La sémiologie radio-scannographique repose sur la mise en évidence d'un ou plusieurs des signes suivant : discontinuité diaphragmatique, herniation intrathoracique du contenu abdominal, signe de la ceinture (aspect en sablier de l'organe hernié) et apposition des parois postérieures des organes herniés au contact des arcs postérieurs des dernières côtes. La radiographie du thorax s'avèrerait diagnostique dans 35 % des cas; en comparaison des données opératoires et du suivi clinique, le CT-Scan initial identifie 78 % des lésions gauches et 50 % des lésions droites.

Le diagnostic est retardé lorsque les données cliniques ou d'imagerie s'avèrent trompeuses ou en l'absence d'exploration chirurgicale, lorsque des lésions organiques (hépatiques, spléniques) sont traitées de manière conservatrice. Dans ces cas, c'est lors de l'apparition ultérieure de complications graves dues aux viscères herniés au niveau thoracique (hypoxémie, fistule, pyopneumothorax ...) que la rupture diaphragmatique sera enfin reconnue.

D'incidence relativement faible, la rupture diaphragmatique traumatique survient lors de

(1) Etudiante 4^e doctorat.
(2) Assistant candidat spécialiste en Anesthésie-Réanimation, (3) Spécialiste en Cardiologie, (4) Chef de Clinique, Service de Soins Intensifs Généraux, (Pr. P. Damas), CHU de Liège.

plaies pénétrantes du thorax (incidence de l'ordre de 3 %) ou lors de traumatismes fermés essentiellement au décours d'un accident de roulage (incidence de l'ordre de 2 %).

Le mécanisme lésionnel implique un impact latéral provoquant une torsion de la cage thoracique et un cisaillement du diaphragme ou un impact frontal direct qui engendre l'augmentation de la pression intra-abdominale (portion horizontale de la ceinture de sécurité).

La rupture survient trois fois plus fréquemment à gauche qu'à droite (effet d'amortissement du foie) sauf en cas d'impact latéral droit (passager avant), le plus souvent en postéro-latéral, entre les attaches lombaire et intercostale – point le plus fragile du diaphragme. Dans tous les cas, la rupture diaphragmatique témoigne d'un choc à haute énergie expliquant dès lors l'incidence élevée de lésions traumatiques associées, osseuses et abdominales principalement. Les fractures concernent le plus souvent le bassin, la cage thoracique (fractures de côtes multiples) et le fémur. Les traumatismes abdominaux touchent la rate

en premier lieu (nécessitant généralement une splénectomie), le mésentère, le foie et le grêle. Les organes herniés sont par fréquence décroissante l'estomac, la rate, le côlon, le foie, le grand épiploon et le grêle, avec une association gastroplénique courante.

Un tableau de détresse respiratoire isolée reste rare.

En l'absence de données d'imagerie formelles, l'indication opératoire sera, dès lors, souvent portée en raison de drames abdominaux, comme une rupture splénique ou un état de choc hémodynamique, entraînant une laparotomie (ou parfois une thoracotomie) à la suite de laquelle on découvrira la lésion du diaphragme.

RÉFÉRENCES

1. Rubikas R.— Diaphragmatic injuries. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2001, **20**, 53-7.
2. Iochum S, Ludig T, Walter F, et al.— Imaging of diaphragmatic injury: a diagnostic challenge ? *Radiographics*, 2002, **22**, S103-16.