

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie



Hernie de Bochdalek de révélation tardive vue à un stade non compliqué: à propos d'un cas.

Jonatana AD^{*1}, Tombomiadantsoa B², Razafindraibe VB¹,
Rakotoarijaona AH¹, Rakotovao HJL³, Hunald FA²

¹Service de Chirurgie Générale, CHU Analankinina, Toamasina, Madagascar

²Service de Chirurgie Viscérale Infantile, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

³Service de Chirurgie Thoracique, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

Résumé

La hernie de Bochdalek est le type de hernie diaphragmatique congénitale le plus fréquemment rencontré. Sa révélation tardive est rare et sa séméiologie peut être trompeuse à l'origine d'un retard diagnostique, pouvant amener à des prises en charge en urgence sur tableau de complications respiratoires ou digestives. Nous rapportons le cas d'une fille de 9 ans chez laquelle était découverte une hernie de Bochdalek gauche lors d'une consultation pour manifestations respiratoires banales évoluant depuis 2 mois, avec une exacerbation nocturne et matinale d'apparition récente. Les examens d'imageries avaient permis de poser le diagnostic et d'en faire le bilan des lésions. La prise en charge chirurgicale était faite par voie conventionnelle abdominale. Les suites étaient simples et l'évolution favorable à 2 mois de l'intervention. Les particularités de la prise en charge sont discutées.

Mots clés: Chirurgie; Diagnostic; Enfant; Hernies de Bochdalek; Hernie diaphragmatique

Titre en Anglais: Late onset bochdalek hernia seen at uncomplicated stage: a case report.

Abstract

Bochdalek hernia is the most common type of congenital diaphragmatic hernia encountered. Its late revelation is rare and its semiology can be misleading at the origin of a diagnostic delay, which may lead to urgent treatment based on respiratory or digestive complications. We report the case of a 9-year-old girl in whom a left Bochdalek hernia was discovered during a consultation for trivial respiratory manifestations that had progressed for 2 months, with a recent night and morning exacerbation. Imaging examinations confirmed the diagnosis and assessed the lesions. Surgical management was performed by conventional abdominal approach. The postoperative follow-up was uneventful and the outcome was favorable 2 months after the operation. The specifics of the care are discussed.

Key words: Bochdalek hernias; Child; Diagnosis; Diaphragmatic hernia; Surgery

Introduction

La hernie de Bochdalek est une embryopathie caractérisée par un défaut diaphragmatique de siège postéro-latérale. Elle se localise préférentiellement à gauche et représente 80% des hernies diaphragmatiques congénitales (HDC). Habituellement prise en charge à la naissance, il existe des formes à révélation tardive, à séméiologie trompeuse, à l'origine d'errance diagnostique pouvant aller jusqu'à mettre en jeu le pronostic vital du patient [1,2]. Nous rapportons le cas d'une fille de 9 ans dont la hernie était découverte de manière fortuite lors d'une consultation pour symptomatologie respiratoire banale, sans signe de complication. Notre objectif est de montrer les particularités de la prise en charge dans notre contexte de pays en développement.

Observation

Il s'agissait d'une fille de 9 ans qui était venue en consultation pédiatrique pour une toux sèche chronique, évoluant par accès depuis environ 2 mois, traitée par des médecins généralistes, et qui s'était aggravée depuis quelques jours avec des exacerbations nocturnes et une douleur thoracique lors de la toux. La radiographie du thorax réalisée faisait suspecter une hernie diaphragmatique, d'où son transfert en milieu chirurgical pédiatrique. A son admission, l'examen clinique notait un enfant en bon état général, apyrétique (37°2C), avec une fréquence respiratoire à 30 cycles/min, une fréquence cardiaque à 126 battements/min et une saturation en oxygène en air ambiant à 95%. L'examen de l'appareil pulmonaire objectivait à gauche une abolition des murmures vésiculaires et des vibrations vocales associée à une matité. Aucun trouble digestif n'était constaté. Le bilan biologique était normal. La ra-

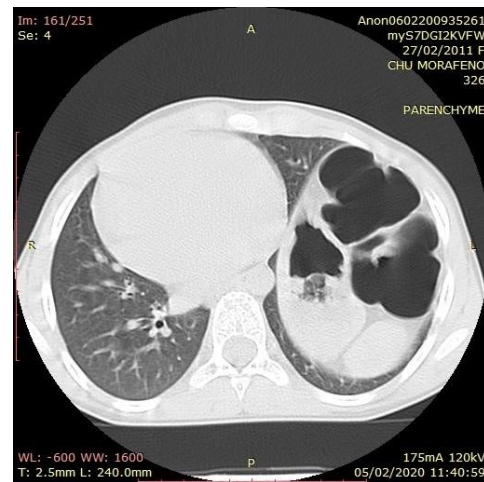


Fig.1: Scanner du thorax montrant le siège et le contenu du sac herniaire (structures digestives) en position intrathoracique gauche

diographie du thorax visualisait la présence de structures digestives dilatées dans l'hémithorax gauche, bien cerclées, associée à une dextrocardie (faisant suspecter un situs inversus complet). Le scanner thoracique objectivait une hernie postéro-latérale de Bochdalek gauche, à contenu intestinal et splénique affaissant le poumon homolatéral, sans déviation médiastinale marquée (Figure 1). Un traitement chirurgical était indiqué sous anesthésie générale. La voie d'abord était une laparotomie sous-costale gauche. L'exploration retrouvait un sac herniaire d'une hernie de Bochdalek, sans adhérence des viscères herniés qui étaient la rate, l'angle colique gauche, le colon descendant, une partie du grêle et du colon transverse. Une résection marginale du sac était réalisée. La partie musculaire antérieure du diaphragme était complètement hypoplasique. Le poumon était légèrement hypoplasique.

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: arthurdanieljonatana@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Générale, CHU Analankinina, Toamasina, Madagascar

(expansion incomplète lors de la manœuvre de Valsalva). Une herniorraphie était effectuée par un surjet avec un fil résorbable tressé, renforcée par une prothèse en polypropylène (Figure 2). Un drain était placé dans l'abdomen uniquement. Les suites opératoires étaient simples avec une lame d'épanchement pleural gauche non symptomatique notée. Une kinésithérapie respiratoire était prescrite. L'évolution clinico-radiologique était favorable avec disparition des signes cliniques et une bonne ré-expansion pulmonaire objectivée sur les différentes radiographies de contrôle (Figure 3).

Discussion

Les HDC de révélation tardive sont rares (5-30% des cas), à séméiologie souvent trompeuse [1,3]. Parmi elles, la hernie de Bochdalek est la plus fréquente (80% des cas). La localisation gauche est la plus souvent rencontrée (85% des cas) [2-4]. Il existe une prédominance féminine [2]. La physiopathologie du retard d'expression est mal connue et pourrait être due à l'obstruction initiale de l'orifice herniaire par certains organes abdominaux comme le foie et la rate. Secondairement, une augmentation brusque de pression intra-abdominale serait à l'origine de l'issue des viscères à travers l'orifice herniaire et donc de l'apparition des différentes manifestations [3,5]. Les signes révélateurs sont souvent des manifestations respiratoires chroniques, à type de toux chronique, de broncho-pneumopathies à répétition, de dyspnée paroxystique et/ou de douleur thoracique. La majorité de ces symptômes étaient présentes dans notre observation. Plus rarement, il peut y avoir des signes digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales), visibles parfois au stade de complication (occlusion intestinale), généralement chez le grand enfant [3,4,6]. Une association de manifestations respiratoires et digestives peut aussi être observée [4]. La clinique permet uniquement de suspecter le diagnostic, mais la confirmation est essentiellement obtenue grâce aux examens d'imagerie. La radiographie thoracique peut ainsi montrer des segments digestifs ou des niveaux hydroaériques intrathoraciques très évocatrices [3,5,6], comme dans notre cas. Cependant, la lecture du cliché radiographique peut toutefois être mise à défaut [7]. La mise en place d'une sonde nasogastrique peut alors confirmer le diagnostic après analyse de son trajet qui peut être intra-thoracique. Une opacification digestive va permettre un bilan des organes herniés, au même titre qu'une échographie qui peut montrer, en plus d'une solution de continuité diaphragmatique, soit des anses digestives dans l'hémithorax, soit des images échogènes quand c'est la rate et/ou le foie qui sont les organes herniés [4,5]. Dans notre observation, nous n'avions pas eu recours à ces différents procédés, ni pour le diagnostic, ni pour le bilan lésionnel. Le diagnostic était confirmé par le scanner thoracique qui est l'examen le plus performant, permettant une analyse plus précise des organes herniés, de l'orifice herniaire (localisation et taille) et de la présence éventuelle de complications à type d'étranglement herniaire avec images d'occlusion [3,4,7]. La prise en charge thérapeutique est essentiellement chirurgicale à ce stade et consiste en la réintégration des viscères herniés, la fermeture du defect diaphragmatique et la réparation éventuelle de malformations associées [4,6]. La voie d'abord peut être abdominale ou thoracique, par chirurgie classique ou par coelio/thoracoscopie [4,6,8]. Dans notre cas, l'indisponibilité des techniques endoscopiques fait que la chirurgie conventionnelle reste la seule pratique réalisable. Notre voie d'abord abdominale est

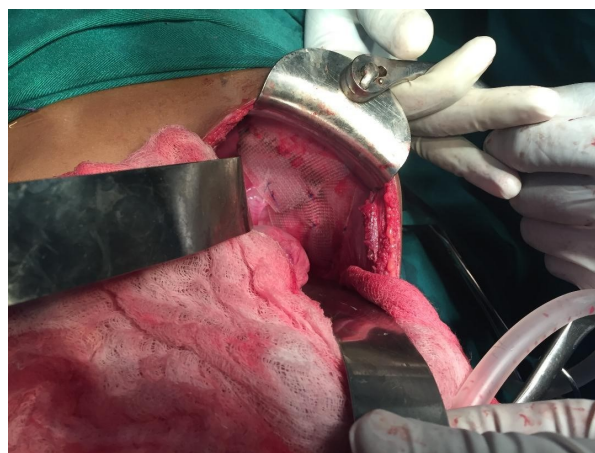


Fig.2: Vue opératoire montrant l'orifice herniaire après sa fermeture à l'aide d'une prothèse en polypropylène



Fig.3: Radiographie de contrôle postopératoire: bonne ré-expansion pulmonaire, petit épanchement pleural gauche

également la voie préférentielle utilisée par plusieurs auteurs en Afrique [4]. Pour la fermeture du defect, l'utilisation de prothèse est rare. Elle est recommandée quand il y a absence complète d'un héli-diaphragme [6], comme pour notre patiente qui présentait une hypoplasie complète de la partie antérieure du muscle. Les suites opératoires sont généralement simples [4]. Des complications peuvent toutefois être observées à type d'infections nosocomiales et de reflux gastro-œsophagien. Mais la principale préoccupation à court terme est la survenue d'un syndrome compartimental abdominal pouvant mettre en jeu le pronostic vital immédiat du patient [1]. Le taux de mortalité est de 8% et intéresse surtout les formes compliquées et celles à révélation néonatale. Le pronostic à long terme est généralement bon, lié à l'absence d'hypoplasie pulmonaire associée [4].

Conclusion

La hernie de Bochdalek de révélation tardive est relativement rare et se présente souvent avec une séméiologie trompeuse, respiratoire ou digestive, vue au stade de complication. Une prise en charge chirurgicale rapide assure

une évolution favorable, avec un pronostic généralement bon. Les techniques endoscopiques représentent le gold standard. Dans notre contexte, la chirurgie conventionnelle avait permis d'assurer des suites rapidement favorables. De nos jours, dans les pays développés, la prise en charge précoce anténatale de ces embryopathies est possible.

Références

- 1- Dumont P, Sonnevile A, Barisien J, Noël V, Ferrandière M. Réparation tardive d'une Hernie de Bochdalek avec syndrome compartimental majeur. *Chirurgie Thoracique Cardio-Vasculaire* 2007; 11:106-9.
- 2- Deschildre A, Storme L, Benachi A. Hernie diaphragmatique congénitale: mise au point sur la prise en charge. *La Lettre du Pneumologue* 2013; 16: 214-301.
- 3- Abdelhalim M, Mohamed R, Khalid K, Souad D, Abderrahmane AM, Youssef B. La Hernie Diaphragmatique de Bochdalek étranglée: cause rare d'occlusion intestinale. *Pan Afr Med J* 2012; 11: 48.
- 4- Kambire JL, Ouermi AS, Zougrana SL, Ouedraogo S, Traore TM. Hernie postéro-latérale droite de Bochdalek: à propos d'un cas. *Mali Med* 2017; 32: 44-6.
- 5- Coste C, Jouvencel P, Debuch C, Argote C, Lavrand F, Feghali H, et al. Les hernies diaphragmatiques congénitales de révélation tardive: difficultés diagnostiques. A propos de deux cas. *Arch Pédiatr* 2004; 11: 929-31.
- 6- Razafimanjato NNM, Ralijaona HS, Randrianambinina F, Rakotovo HJL, Hunald FA. Difficultés et défis de la prise en charge de la hernie diaphragmatique congénitale à Madagascar. *Health Sciences and Diseases* 2017; 18: 30-3.
- 7- Brouard J, Leroux P, Jokic M, Maguer D, Chevet JB, Ravasse P. Révélation tardive de la hernie diaphragmatique congénitale: difficultés du diagnostic. *Arch Pédiatr* 2000; 7: 48-51.
- 8- Frisoni R, Germain A, Ayav A, Brunaud L, Bresler L. Traitement d'une hernie de Bochdalek droite chez l'adulte par thoracoscopie (avec vidéo). *J Chir Visc* 2014; 151: 241-2.