

mettant en jeu le pronostic rénal. Un traitement conservateur avec drainage urinaire devrait être à notre avis proposé en première intention.

Références

1. Ardizzone S, Puttini PS, Cassinotti A, Porro GB. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis* 2008 ;40:253-9.
2. Banner MP. Genitourinary complications of inflammatory bowel disease. *RadiolClin North Am.* 1987; 25:199-209.
3. Manganotis AN, Banner MP, Malkowicz SB. Urologic complications of Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2001; 81:197-215

Rupture diaphragmatique gauche isolée par effet d'hyperpression

La rupture diaphragmatique par effet d'hyperpression est une lésion traumatique rare et témoigne souvent de la sévérité du traumatisme. Cette lésion représente un défi diagnostique et thérapeutique et présente des particularités dans la gestion des lésions thoraciques et abdominales souvent associées (1). Nous rapportons une nouvelle observation d'une rupture diaphragmatique gauche isolée par un effet d'hyperpression.

Observation

Il s'agit un blessé âgé de 49 ans, victime d'un accident de la voie publique avec un franchissement abdominal. L'examen initial trouvait un blessé conscient, polypneïque à 36 cycles /min avec une saturation artérielle en oxygène à 92%, la tension artérielle était à 11/8, un pouls à 95bpm. Il avait des écorchures basi-thoraciques gauche, sans emphysème sous cutané avec une diminution des murmures vésiculaires à gauche. L'examen abdominal est par ailleurs normal. L'Injury Severity Score était de 28. La radiographie du thorax (Figure 1) montre une ascension de la coupole diaphragmatique gauche avec une déviation du médiastin vers la droite et une image aérienne para cardiale gauche. Il n'y avait ni de pneumothorax ni de fractures de côtes. Le scanner thoraco-abdominal montre une migration de l'estomac dans l'hémithorax inférieur gauche à travers une brèche diaphragmatique (Figure 2A), un pneumothorax antérieur gauche de faible abondance, une contusion de la base pulmonaire gauche (Figure 2B), un hémopéritoine de moyenne abondance et un doute sur une contusion splénique. Le blessé a été opéré en urgence par voie médiane.

La voie coelioscopique a été récusée devant la détresse respiratoire. En per opératoire, il existait une déchirure diaphragmatique de la portion charnue de la coupole gauche mesurant 10 centimètres (Figure 3) à travers laquelle tout le corps gastrique faisait hernie. Le reste des organes intra-péritonéaux étaient normaux. L'estomac a été réduit en position abdominale.

Figure 1 : Radiographie du thorax : ascension de la coupole diaphragmatique gauche avec une déviation du médiastin vers la droite et une image aérienne para cardiale gauche (Flèches).

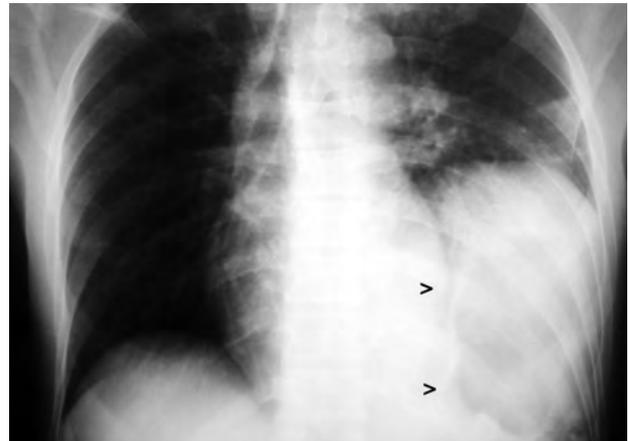


Figure 2 : TDM thoraco-abdominal : Migration de l'estomac dans l'hémithorax inférieur gauche. B: TDM thoraco-abdominal : Pneumothorax antérieur gauche et une contusion de la base pulmonaire gauche.

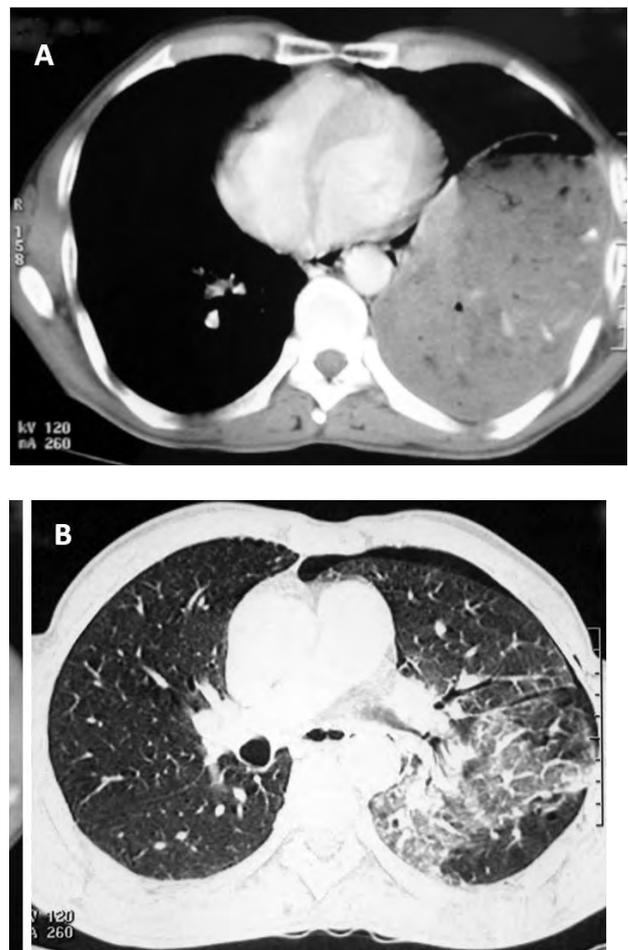


Figure 3 : Vue per opératoire de la déchirure de la portion charnue de la coupole diaphragmatique gauche, à travers laquelle on aperçoit le lobe inférieur du poumon gauche.



L'exploration thoracique à travers la brèche diaphragmatique a permis de constater un hémopneumothorax avec une contusion pulmonaire intéressant tout le lobe inférieur du poumon gauche. Il a été réalisé un drainage thoracique gauche puis une fermeture de la brèche diaphragmatique par un surjet au Nylon 0 (Figure 4).

Figure 4 : Vue per opératoire de la réparation de la brèche diaphragmatique.



La radiographie du thorax de contrôle avait montré un poumon à la paroi avec une coupole diaphragmatique en position habituelle et un drain en place (Figure 5). Il développe en post opératoire une surinfection du foyer de contusion pulmonaire et décède au 14ème jour.

Figure 5 : Radiographie du thorax post opératoire : poumon à la paroi avec une coupole diaphragmatique en position habituelle et un drain en place.



Conclusion

La gravité des ruptures diaphragmatiques est en rapport avec ses répercussions respiratoires et aux lésions thoraco-abdominales qui lui sont souvent associées. Le diagnostic doit être évoqué de principe devant tout traumatisme basithoracique appuyé et nécessite une attention particulière à l'interprétation des examens radiologiques. Son traitement est chirurgical et doit se faire dans les plus brefs délais. La voie coelioscopique peut être tentée à visée diagnostique et thérapeutique en dehors d'une défaillance hémodynamique ou respiratoire.

Références

- 1- J Simpson, DN Lobo, AB Shah, BJ Rowlands. Traumatic diaphragmatic rupture: associated injuries and outcome Ann R Coll Surg Engl 2000; 82: 97-100

Sami Daldoul, Amir Moussi, Naoufel Mokded, Bakhta Souad Ghérib, Belgacem Bourguiba, Abdeljelil Zaouche

Service de chirurgie générale A, Hôpital Charles Nicolle, Boulevard 9 Avril 1938, Tunis, Tunisie.

Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar

Yosra Said¹, Houda Boussorra¹, Ramzi Nouira², Radhouane Debbeche¹, Slim Bouzaidi¹, Mohammed Chebil³, Taoufik Najjar¹

1 : Service de Gastroentérologie- hôpital Charles NicolleTunis

2 : Service de Chirurgie digestive B23- hôpital Charles NicolleTunis

*3 : Service d'Urologie et de transplantation rénale- hôpital Charles NicolleTunis
Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar.*