



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

EVENTRATION DIAPHRAGMATIQUE CHEZ L'ADULTE : À PROPOS D'UN CAS TRAITÉ AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE COMMUNAUTAIRE DE BANGUI

Pierre Alfred Issa Mapouka*¹, Emmanuel Nouganga DIBERBEKOÏ⁵, Francky Kouandongui Bangué Songrou², Armand Kobélembi³, Antoine Doui Doumnga⁴

¹Service de chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire Communautaire, Bangui République centrafricaine

²Service de radiologie et d'imagerie médicale, CHU Maman Elisabeth DOMITIEN Bangui République centrafricaine

³Service de Médecine interne, CHU Communautaire, Bangui République centrafricaine

⁴Service de chirurgie générale et digestive, Centre Hospitalier Universitaire de l'Amitié Sino-centrafricaine, Bangui République centrafricaine

⁵Service de chirurgie générale, CHU Maman Elisabeth DOMITIEN Bangui République centrafricaine

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th November, 2019

Received in revised form

20th December, 2019

Accepted 11th January, 2020

Published online 27th February, 2020

Key Words:

Eventration, diaphragme, diagnostic, Chirurgie, Centrafricque.

*Corresponding author: Pierre Alfred Issa Mapouka,

ABSTRACT

L'événtration diaphragmatique est une anomalie congénitale définie comme une élévation permanente d'une hémicoupe diaphragmatique. Il s'agit d'une affection rare, plus fréquente parmi les hommes, affectant souvent l'hémicoupe gauche. Le diagnostic est souvent fortuit à l'occasion d'un examen thoracique fait pour d'autres affections ou en présence de manifestations cliniques tardives, des signes de retentissement sur les organes de voisinage. Lorsqu'elle devient symptomatique le traitement chirurgical est indiqué afin d'éviter des complications. Nous rapportons un cas d'événtration de la coupole diaphragmatique gauche diagnostiquée au service de chirurgie du CHU le Communautaire de Bangui, chez un sujet âgé de 48 ans. L'intervention a consisté en une résection-suture du diaphragme. Les suites opératoires ont été simples. L'événtration diaphragmatique est une affection rare. L'usage des moyens modernes de diagnostic permet de faciliter le diagnostic devant une surélévation de la coupole diaphragmatique.

Copyright © 2020, Pierre Alfred Issa Mapouka et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Pierre Alfred Issa Mapouka, Emmanuel Nouganga DIBERBEKOÏ, Francky Kouandongui Bangué Songrou, et al. 2020. "Eventration diaphragmatique chez l'adulte: à propos d'un cas traité au centre hospitalier universitaire communautaire de bangui", *International Journal of Development Research*, 10, (02), 33999-34002.

INTRODUCTION

L'événtration diaphragmatique correspond à une surélévation anormale du diaphragme sans communication entre cavité abdominale et thoracique. Il s'agit d'une malformation rare d'origine congénitale (Mouroux, 2005). Elles sont rares (incidence <0,005%), mais plus fréquentes parmi les hommes et affectent souvent l'hémicoupe gauche (Groth, 2010 ; Chin, 1956). Souvent asymptomatique et de découverte inopinée, le diagnostic est fait au cours d'une radiographie thoracique (Chin, 1956). Le principal symptôme est la dyspnée posturale pouvant avoir des répercussions sur le sommeil (Mc Namara, 1968 ; Similowski, 2005 ; Verin, 1951). Certains signes pulmonaires ou cardiaques, sont directement liés à la compression des organes par la coupole: infections broncho-

pulmonaires, troubles de l'excitabilité cardiaque liés à la bascule médiastinale. D'autres symptômes résultent de la bascule des organes digestifs par l'ascension sous-diaphragmatique de ceux-ci à un niveau intrathoracique. Les troubles digestifs sont variables: douleurs épigastriques, éructations douloureuses, reflux gastrooesophagien, régurgitation, pyrosis, nausée, constipation, météorisme (Groth, 2010; Le Pimpec-Barthès, 2010). Le traitement chirurgical n'est indiqué que chez les patients symptomatiques. Il consiste en une plicature du diaphragme par voie thoracique ou abdominale après une laparotomie (Thomas, 1968; Thomas, 1970). Nous rapportons un cas d'événtration de la coupole diaphragmatique gauche diagnostiquée et traitée au service de chirurgie du CHU Communautaire de Bangui.

Observation

Monsieur G. LP, âgé de 48 ans, Greffier, sans antécédent médico-chirurgical, est référé d'une infirmerie le 31 Juillet 2018 pour une douleur abdominale post prandiale précoce prédominant dans l'hypochondre gauche (HCG), de survenue brutale, irradiant dans le dos et à l'épaule gauche, accompagnée de vomissements alimentaires puis bilieux et d'une dyspnée. Le début de la symptomatologie remonterait en 2016 par une douleur de l'HCG postprandiale accompagnée de vomissements motivant une première hospitalisation au service de gastroentérologie où le patient a reçu des soins pour troubles digestifs consécutifs à une dilatation gastrique sans succès. À sa sortie de l'hôpital le patient décide de faire recours à des traitements traditionnels, et est contraint de restreindre son alimentation voire de s'abstenir de s'alimenter certains jours. Le 27 Juillet 2019, il est réhospitalisé en urgence dans la même infirmerie avant d'être référé dans notre service. A l'interrogatoire, en dehors de la douleur de l'HCG, Il n'y a pas d'arrêt de matières et de gaz. A l'examen clinique l'on note une altération de l'état général, un amaigrissement de plus de 10 kg du poids corporel. La tension artérielle est de 100/70mmHg, le pouls de 90 battements/min, la fréquence respiratoire de 26 cycles/minute et la température de 36°C. La saturation périphérique en oxygène (SP02) était de 80%. L'examen de l'abdomen note que l'hypochondre gauche est augmenté de volume à type de voussure (Figure 1).



Figure 1. Voussure de l'hypochondre gauche en rapport avec la distension gastrique

Celle-ci est régulière, rénitente et sensible à la palpation. A la percussion, l'on retrouve une matité au niveau de la base de l'hémi thorax gauche. L'auscultation du thorax permet de noter une abolition des vibrations vocales et des murmures vésiculaires dans le champ pulmonaire gauche. La radiographie standard du thorax met en évidence une surélévation importante de la coupole diaphragmatique gauche, comprimant le poumon gauche associé à un refoulement du médiastin vers la droite et un déroulement de la crosse de l'aorte (Figure 2). L'échographie réalisée dans la même période permet d'objectiver une masse liquidienne dans l'HCG et l'électrocardiogramme retrouve une hypertrophie ventriculaire gauche. Le diagnostic d'une éventration diaphragmatique avec retentissement cardiaque est posé et nous décidons de l'intervention chirurgicale. Le bilan préopératoire réalisé comportait un hémocrite qui était à 34%; l'hémoglobine à 11,33 g/dl et le groupe sanguin/rhésus.

L'intervention avait été réalisée sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale.

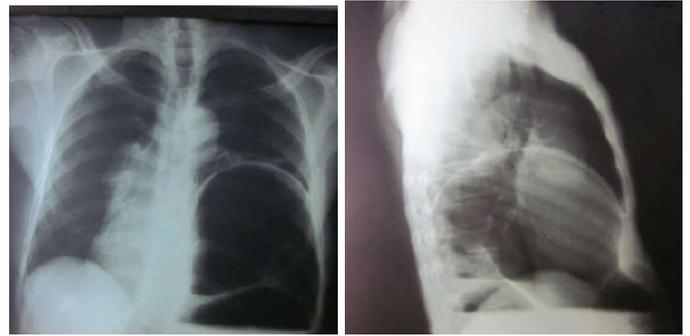


Figure 2. Clichés thoraciques de face et de profil montrant l'ascension de la coupole diaphragmatique gauche

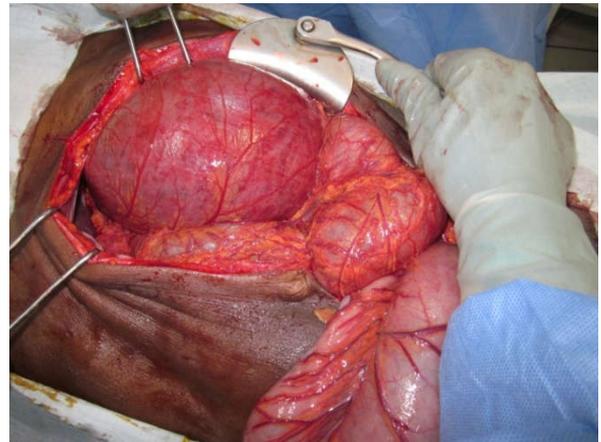


Figure 3. Dilatation gastrique (vue opératoire)

Après une laparotomie médiane sus-ombilicale, l'on notait une énorme dilatation gastrique (Figure 3) soulevant la coupole diaphragmatique gauche. Les gestes réalisés comportaient une résection suivie d'une suture de la coupole diaphragmatique gauche (Figure 4) et la paroi abdominale fermée plan par plan. Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti de l'hôpital 21 jours après son admission. Il est confié au médecin interniste pour la prise en charge de sa cardiopathie. Cependant, après trois mois de suivi, le patient est perdu de vue avant d'être revu à notre consultation 16 mois plus tard. A l'interrogatoire, le patient se plaint d'une dyspnée d'effort et de décubitus latéral droit. Il n'y a aucun signe digestif. La radiographie thoracique (Figure 5) retrouve une cardiomégalie avec un indice cardiothoracique à 0,65.

L'électrocardiogramme réalisé est en faveur d'une hypertrophie ventriculaire gauche signant un cœur pulmonaire chronique.

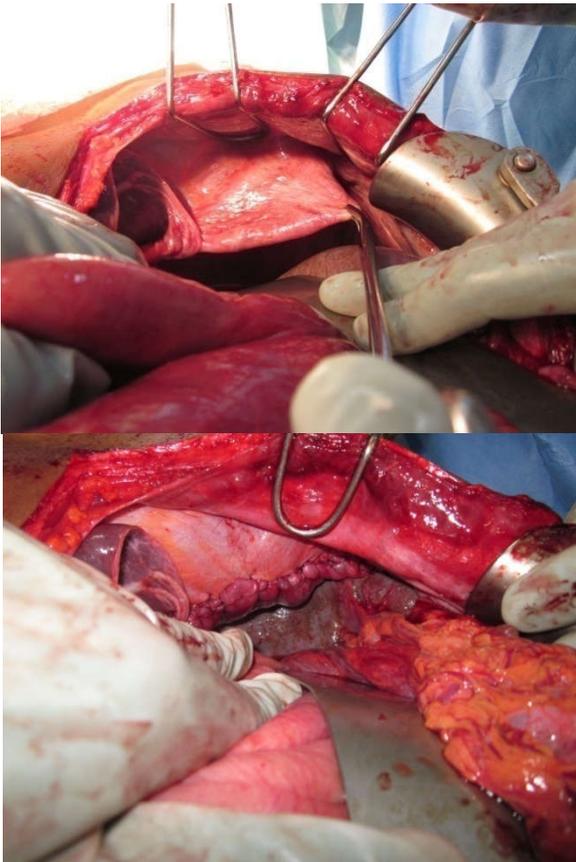


Figure 4. Aspects du diaphragme rabaissé (gauche) et après résection et suture (droit)

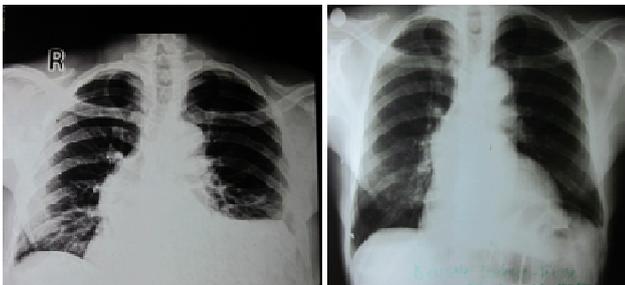


Figure 5. Radiographie thoracique de contrôle post opératoire (gauche) et à 16 mois après la chirurgie (droite)

DISCUSSION

L'événtration diaphragmatique est une affection rare chez l'adulte. Le premier cas fût rapporté par Petit en 1774 et en 1923, Morrison publia la première réparation chirurgicale (Christesen, 1959; Morrisson, 1923). L'incidence de l'événtration diaphragmatique est difficile à estimer. Christensen et al (Christensen, 1959) avaient rapporté 38 cas d'événtration diaphragmatique parmi 107778 adultes examinés. Dans notre observation, le patient hospitalisé en 2016 présentait une événtration diaphragmatique qui a évolué vers l'aggravation avec exacerbation des signes digestifs et un retentissement cardiaque important. La dyspnée postprandiale et l'orthopnée qu'il a présentées étaient la conséquence de la compression du poumon droit sain fonctionnel; ont été gauche étant refoulé en haut ainsi que le médiastin par l'estomac distendu ayant occupé la quasi-totalité

de la cage thoracique gauche. Ces signes retrouvés aussi par d'autres auteurs (Mouroux, 2005; Groth, 2010; Le Pimpex-Barthès, 2010) sont en faveur du diagnostic tardif qui malheureusement s'est fait au stade de complications chez le patient. L'événtration diaphragmatique est une anomalie congénitale liée à l'absence de développement d'une partie ou la totalité d'un ou des deux hémidiaphragmes. Dans certains cas il est difficile de faire le diagnostic différentiel avec la paralysie diaphragmatique de l'adulte, le plus souvent consécutives à une paralysie du nerf phrénique. Le muscle diaphragmatique paralysé ne se contracte plus et devient une membrane flaccide responsable d'une respiration paradoxale (Toloba, 2007; Favre, 2005).

L'événtration diaphragmatique de l'adulte est nettement plus fréquente du côté gauche alors que la paralysie diaphragmatique survient essentiellement du côté droit. Le plus souvent l'événtration diaphragmatique est asymptomatique et de découverte fortuite; par contre la paralysie diaphragmatique est symptomatique. Dans notre observation le patient avait des symptômes liés au retentissement de l'événtration sur le cœur et le poumon (Toloba, 2007). Il s'agit d'un gêne respiratoire par compression pulmonaire et médiastinal. La complication majeure de l'événtration diaphragmatique est le volvulus de l'estomac qui représente une urgence chirurgicale extrême. Dans les événtrations gauches l'estomac peut basculer sous la coupole diaphragmatique avec le risque de troubles de la vidange gastrique et de dysphagie (Favre, 2005). Au plan diagnostic, celui-ci est facilement évoqué à la radiographie du thorax qui montre l'ascension de la coupole diaphragmatique. Le diagnostic peut être confirmé par le scanner thoraco-abdominal avec opacification digestive haute qui n'est pas disponible dans le pays.

Au plan thérapeutique, l'indication chirurgicale ne doit être posée que lorsque l'événtration diaphragmatique est symptomatique (Favre, 2005). Deux types d'interventions sont proposés: les gastropexies qui fixent l'estomac dans l'abdomen et les sutures ou plicatures diaphragmatiques qui retendent le diaphragme. En dehors du volvulus gastrique, qui nécessite une laparotomie, la phrénoplicature ont été par voie thoracique coelioscopique ou par vidéothoroscopie (Favre, 2005). D'autres auteurs (Thomas, 1970); Sah-Mirany, 1968) ont proposé la résection de la portion distendue du diaphragme suivie d'une suture en paletot. Dans notre cas, nous avons opté pour la résection-suture par voie abdominale après une laparotomie afin d'une part, de traiter une éventuelle lésion organique abdominale associée. En outre, nous n'avons pas l'expérience de la voie transthoracique et encore moins de la cœlioscopie qui n'est pas disponible dans notre contexte d'exercice.

Conclusion

L'événtration diaphragmatique est une pathologie rare congénitale qui peut être diagnostiquée précocement ou tardivement pendant l'adolescence ou chez l'adulte de façon fortuite ou lors qu'elle devient symptomatique. Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en cas d'apparition des symptômes souvent invalidants. En raison de sa rareté chez l'adulte, toute surélévation anormale du diaphragme doit faire évoquer cette pathologie et nécessiter une prise en charge précoce afin d'éviter ses complications.

RÉFÉRENCES

- Chin EF, Lynn RB. Surgery of eventration of diaphragm. *J Thorax Surg* 1956 ;32 :6-14.
- Christensen P. Eventration of diaphragm. *Thorax* 1959;1 :311-9.
- Favre JP, Favoulet P, Cheynel N, Benoit L. Traitement chirurgical des éventrations diaphragmatiques EMC - Chirurgie 2005, 2(3) : 235-241.
- Groth S, Andrade R. Surgical treatment of diaphragmatic eventration or paralysis : A review of the literature. *Ann Thoracic Surg* 2010 ;89 :S2146-50.
- Le Pimpec-Barthes F, Brian E, Vlas C, Gonzalez-Bermejo J, Bagan P, Badia A et al. Le traitement chirurgical des éventrations et paralysies diaphragmatiques. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27(6) :565-578.
- Mc Namara JJ, Paulson DL, Urschel HC, Razzuk MA. Eventration of the diaphragm. *Surgery* 1968 ;64 :1013-1020.
- Morrisson JMW. Eventration of diaphragm due to unilateral phrenic paralysis. *Arch Radiol Electrotherap* 1923 ;28 :72-5.
- Mouroux J, Venissac N, Leo F, Alifano M, Guillot F. Surgical treatment of diaphragmatic eventration using video-assisted thoracic surgery : A prospective study. *Ann Thorax Surg* 2005 ; 79 :308-12.
- Sah-Mirany J, Schmitz GL, Watson RR. Eventration of the diaphragm. Physiologic and surgical significance. *Arch Surg* 1968 ; 96 :844-50.
- Similowski T. Conduite à tenir devant une surélévation d'une coupole diaphragmatique (chez l'adulte). *Rev Mal Respir* 2005 ; 22(1) :68-77.
- Thomas TV. Congenital eventration of the diaphragm. *Ann Thorax Surg* 1970 ;10 :180-92.
- Thomas TV. Nonparalytic eventration of the diaphragm. *J Thorax Cardiovasc Surg* 1968 ; 55 : 586-93.
- Toloba Y, Diallo S, Thiam AK, Sissoko BF, Tamara A, Mbaye O, Keïta B. Éventration diaphragmatique : quel diagnostic différentiel ? *Rev Mal Respir* 2007, 24 (1) : p. 48.
- Verin E, Marie JP, Tardif C, Denis P. Spontaneous recovery of diaphragmatic strength in unilateral diaphragmatic paralysis. *Respir Med* 2006; 100 :1644-1951.
