

HERNIE POSTERO-LATERALE DROITE DE BOCHDALEK A PROPOS D'UN CAS

Bochdalek's posterior-lateral right hernia : a case report.

Kambire JL*, Ouermi AS**, Zoungrana SL***, Ouedraogo S*, Traore TM*

*Service de chirurgie générale au centre hospitalier universitaire de Ouahigouya ; **Service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire de Ouahigouya ; ***Service de gastro-entérologie du centre hospitalier universitaire de Ouahigouya

Correspondant : Docteur Jean Luc KAMBIRE Assistant de chirurgie générale au Centre Hospitalier Universitaire de Ouahigouya B.P 36 Tél : 70338914 Email : jeanluckambire@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Les hernies diaphragmatiques congénitales sont des embryopathies ; elles représentent 8% des malformations congénitales. Il en existe plusieurs types : la hernie hiatale, la hernie rétro-costo-xiphoidienne et la hernie postéro-latérale dite de Bochdalek. Son incidence est estimée à 1/3200 naissances vivantes, ce qui représente 0,06% à 6% des cas de hernies diaphragmatiques ; elle est prédominante à gauche dans 85%. Elle peut se révéler à la période néonatale ou tardivement et les signes cliniques sont polymorphes. Le but de la présente étude est de rappeler les aspects cliniques et radiologiques de cette pathologie et discuter son traitement. **Résultat :** Nous rapportons le cas d'un petit enfant de 3 ans, avec des antécédents de broncho-pneumopathies à répétition depuis l'âge d'un mois, admis au service des urgences pédiatriques dans un tableau de détresse respiratoire aiguë, chez qui l'exploration radiologique a révélé une hernie diaphragmatique congénitale prise en charge. **Conclusion :** La hernie de Bochdalek de siège droit est rare ; elle peut être de révélation néonatale ou de révélation plus tardive ; sa symptomatologie est dominée par les signes respiratoires et l'imagerie est indispensable dans la démarche diagnostique. Son traitement est chirurgical et le pronostic est en général bon en l'absence de malformations majeures associées. **Mots-clés :** hernie de Bochdalek-diagnostic- traitement

ABSTRACT

Introduction: Congenital diaphragmatic hernias are embryopathies; they represent 8% of congenital malformations. There are several types: hiatal hernia, retro-costo-xiphoid hernia and posterior-lateral hernia called Bochdalek. Its incidence is estimated at 1/3200 live births, which represents 0.06% to 6% of cases of diaphragmatic hernias; it is predominant on the left in 85%. It may be in the neonatal period or late and the clinical signs are polymorphic. The purpose of this study is to recall the clinical and radiological aspects of this disease and discuss its treatment. **Result:** We report a case of a 3-year-old child with a history of recurrent broncho- pneumonia since the age of one month admitted to the pediatric emergency department in an acute respiratory distress, radiography revealed a congenital diaphragmatic hernia operated. **Conclusion:** Bochdalek hernia of right seat is rare; it may be neonatal revelation or later revelation; its symptomatology is dominated by respiratory signs and imaging is indispensable in the diagnostic procedure. His treatment is surgical and the prognosis is generally good in the absence of major malformations associated. **Keywords:** Bochdalek's hernia-diagnosis-treatment

INTRODUCTION

La hernie de Bochdalek désigne l'issue des viscères abdominaux dans le thorax à travers un orifice diaphragmatique malformatif de siège postéro-latéral : le foramen de Bochdalek. La hernie de Bochdalek est une embryopathie ; son incidence est estimée à 1/3200 naissances vivantes ; elle représente 0,06% à 6% des cas de hernies diaphragmatiques. Elle est prédominante à gauche dans 85% des cas .Elle peut se révéler à la période néonatale ou tardivement et les signes cliniques sont polymorphes. Le but de la présente étude est de rappeler les aspects cliniques et radiologiques de cette pathologie et discuter son traitement. **Observation clinique :** Il s'agissait d'un petit enfant de 3 ans, de sexe masculin, admis le 22/08/2016 au service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Ouahigouya pour détresse

respiratoire. Les antécédents anté et per nataux auraient été sans particularité ; nous notions en postnatal, des épisodes de broncho-pneumopathies à répétition depuis l'âge de 1 mois.

A l'examen général, nous notions notait un mauvais état général, une conscience claire, des conjonctives peu colorées, une température à 38°6 ; la fréquence respiratoire était à 98 cycles/mn, la fréquence cardiaque à 171/mn, le pouls à 161/mn et une saturation en oxygène à 89%. A l'examen physique, nous notions un thorax globuleux, un bruit surajouté à l'auscultation pulmonaire à type de sibilants bilatéraux dans un contexte de détresse respiratoire sévère ; nous notions par ailleurs une hépato-splénomégalie avec une hernie ombilicale non étranglée. Ce tableau clinique a fait évoquer en première intention une broncho-pneumopathie chronique

obstructive associée à un paludisme grave et en seconde intention une cardiopathie congénitale associée à un paludisme grave.

Le patient a alors été hospitalisé, sous oxygénothérapie et sous traitement médical à base de salbutamol spray, d'artésunate injectable, de paracétamol injectable et de céftriaxone injectable et les explorations paracliniques entreprises. L'échographie cardiaque est revenue normale ; la radiographie pulmonaire révélait des opacités intrathoraciques faisant évoquer une hernie diaphragmatique ; les tests de dépistage rapides du paludisme se sont révélés positifs, la numération blanche était à 6200/mm³ et le taux d'hémoglobine à 8,1g/dl ; la CRP était à 48mg/l ; la glycémie, l'azotémie, la créatinémie et l'ionogramme étaient à des taux normaux. Au terme de ces explorations, il a été retenu chez notre patient une poussée de broncho-pneumopathie associée à un paludisme grave sur hernies diaphragmatique et ombilicale. Le traitement en cours a été poursuivi et l'évolution a été favorable au bout de huit jours. Des explorations complémentaires telles le transit baryté et/ou la tomodynamométrie ont alors été envisagées, mais n'ont pu être réalisées. Le patient a ensuite été transféré au service de chirurgie pour la prise en charge de sa hernie diaphragmatique et de sa hernie ombilicale après bilan préopératoire et conditionnement du patient.

Le patient a été opéré le 03/09/2016 sous anesthésie générale ; il a été réalisé un abord premier au niveau ombilical par une incision arciforme au pli ombilical pour la cure de la hernie ombilicale, puis secondairement, une laparotomie sus et paraombilicale gauche ; l'exploration a objectivé une hernie diaphragmatique droite mesurant environ 6 cm de grand axe et contenant l'estomac et les anses grêles ; après réduction manuelle des organes herniés, la fermeture du défaut diaphragmatique a été faite en points séparés au fil non résorbable 2/0. Les suites opératoires ont été favorables et le patient a été autorisé à quitter l'hôpital le 3^{ème} jour post-opératoire.

COMMENTAIRE

La hernie de Bochdalek reste une pathologie rare ; son incidence est estimée à 1/3200 naissances vivantes en Occident. En Afrique, les données de la littérature confirment cette rareté : Kherbouche au Maroc, a retrouvé 4 cas de hernies de coupoles sur une période de 11 ans (4) ; au Burkina Faso, Ilboudo a colligé 4 cas sur une période de 8 ans 9 mois (3). La prédominance féminine est reconnue par plusieurs séries (1,3) et les formes néonatales sont prépondérantes. Dans notre observation, il s'agissait d'un garçon et d'une forme à révélation tardive. La localisation gauche est

prédominante, de l'ordre de 85% (2) ; dans notre observation, la coupole diaphragmatique droite était en cause tout comme dans celle de Rakotoarisoa et collaborateurs (8).

Il s'agit d'une embryopathie dans laquelle plusieurs facteurs sont incriminés (5) :

- des formes familiales de hernies des coupoles sont connues, mais elles sont responsables de 2% de tous les cas ;
- une déficience maternelle en vitamine A ;
- la prise maternelle de thalidomide, de quinine et de phenmetrazine ;
- la présence d'anomalies chromosomiques ;
- Le nirtofène, l'acide biphenyle carboxylique et la biodiamine induisent des hernies diaphragmatiques congénitales chez la souris. En effet, la hernie des coupoles peut être isolée ou associée à d'autres malformations dans 25% des cas. Dans notre observation, aucune enquête génétique n'a été réalisée ; la hernie de Bochdalek était associée à une hernie ombilicale.

Le diagnostic de la hernie des coupoles peut être évoqué en période prénatale ou postnatale. En période prénatale, l'échographie fœtale, par la mise en évidence d'une masse digestive intrathoracique permet d'évoquer le diagnostic ; sa sensibilité est de l'ordre de 90%. La réalisation d'une imagerie par résonance magnétique fœtale est alors indispensable pour apprécier l'état de maturation pulmonaire afin d'évaluer la nécessité d'un traitement in utero ; la recherche de malformations associées et du caryotype fœtal sont indispensables. En postnatal, la maladie peut être à révélation néonatale ou tardive comme dans notre observation. Les formes à révélation précoce se manifestent par une détresse respiratoire néonatale. Dans les formes tardives, les complications peuvent en être les signes révélateurs comme dans le cas de Mahmoudi et collaborateurs (5). Mais le plus souvent, il s'agit d'un tableau chronique fait de signes respiratoires : toux chronique, broncho-pneumopathies à répétitions, dyspnée paroxysmique, douleurs thoraciques. Quelquefois, ce sont les signes digestifs qui sont au premier plan ; il peut s'agir de vomissements, de douleurs abdominales, de dysphagie. Une association de signes respiratoires et digestifs est parfois observée (2).

Si ces signes cliniques peuvent permettre d'évoquer le diagnostic de hernie des coupoles, ils sont insuffisants et les explorations paracliniques sont indispensables dans la confirmation diagnostique. La radiographie thoracique montre des images hydroaériques intrathoraciques évocatrices comme dans notre observation ; l'échographie peut montrer une solution de continuité de la coupole diaphragmatique, des anses digestives dans l'hémithorax ou des images échogènes quand

la rate et/ou le foie sont les organes herniés. Mais ce sont les opacifications digestives qui permettent le bilan des organes herniés, mieux, la tomographie et l'imagerie par résonance magnétique sont plus performantes ; elles confirment la présence d'un orifice herniaire, sa dimension et la nature des organes herniés (2). Ces explorations n'ont pas été réalisées dans notre observation, car non disponibles dans notre contexte de travail.

Ces explorations paracliniques ne doivent pas retarder la chirurgie ; en effet, le traitement est chirurgical et vise la réintégration des viscères herniés, la fermeture du défaut diaphragmatique et la réparation des malformations associées. Ce traitement chirurgical est réalisé par chirurgie classique ou coelioscopique par abord abdominal ou thoracique. Dans notre contexte de travail, la chirurgie coelioscopique n'a pas encore sa place ; c'est l'abord abdominal par chirurgie classique qui a eu notre préférence comme la plupart des auteurs en Afrique au sud du Sahara (1,3,4). Les suites opératoires sont le plus souvent simples comme dans notre observation ; la mortalité est de l'ordre de 8% ; elle est l'apanage des formes compliquées et à révélation néonatale. Le pronostic à long terme est bon pour les formes à révélation tardive en raison de l'absence de l'hypoplasie pulmonaire (7).

CONCLUSION

La hernie de Bochdalek de siège droit est rare ; elle peut être de révélation néonatale ou de révélation plus tardive ; sa symptomatologie est dominée par les signes respiratoires et l'imagerie est indispensable dans la démarche diagnostique. Son traitement est chirurgical et le pronostic est en général bon en l'absence de malformations majeures associées.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs mentionnés ont contribué à la rédaction de ce manuscrit.

REFERENCES

1. Bandré E, Ouédraogo I, Kaboré RAF et al. Hernie de Morgani : A propos de 2 cas pédiatriques en Afrique sub-saharienne. Mali Médical 2012 ; 27(2) :40-43
2. Favre JP, Hagry O, Cheynel N. Traitement chirurgical des hernies diaphragmatiques rares. Encycl. Méd. Chir : Techniques Chirurgicales- Appareil digestif 40-247 ; 2006 :7p.

3. Ilboudo SP. La prise en charge chirurgicale des plaies, hernies et éventrations du diaphragme dans trois formations sanitaires de la ville de Ouagadougou. Université de Ouagadougou-Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé- Thèse de doctorat en Médecine, 2012 ; N°94, 122 p.
4. Kherbouche S. Hernie diaphragmatique congénitale : à propos de 7 cas. Université Sidi Mohammed Ben Abdallah- Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès- Thèse de doctorat en Médecine, 2012 ; N°46,132 p.
5. Klassem M, De Klein A, Tibboel D. The etiology of congenital diaphragmatic hernia. Still largely unknown. European Journal of Medical Genetics 2009 ; 52 :281-286
6. Mahmadi A, Rami M, Khattala K. et al. La hernie diaphragmatique de Bochdalek étranglée : cause rare d'occlusion PanAfrican Medical Journal, 2012 ; 11 :18
7. Mitanchez D. Pronostic néonatal de la hernie de coupole diaphragmatique Archives de pédiatrie 2009 ; 16 : 888-890
8. Rakotoarisoa B, Andriason E, Rakotova T. et al. A propos d'un cas traité d'une hernie diaphragmatique congénitale droite chez un nourrisson malgache Médecine d'Afrique Noire 2001 ; 48(7) : 329-331

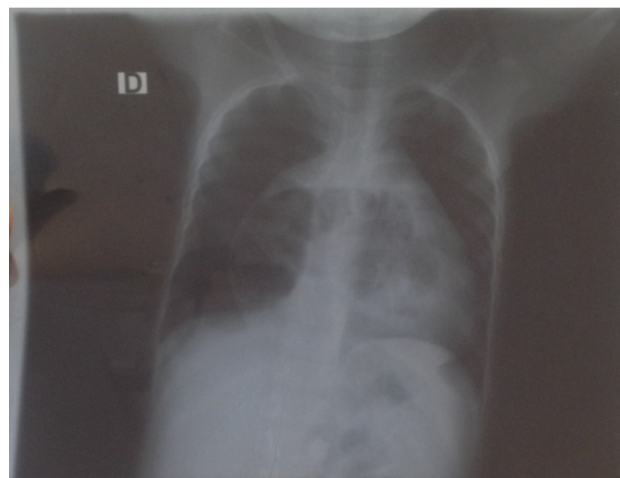


Figure 1 : images hydro-aériques intra-thoraciques évocatrices de la hernie des coupoles