

## HERNIE PARAOESOPHAGIENNE ETRANGLEE A PROPOS D'UN CAS REVUE DE LA LITTERATURE

PARAESOPHAGEAL HERNIA AND STRANGULATION IN ONE CASE REVIEW OF THE LITERATURE

**Kanté L, Doumbia A A, Maiga A, Bah A, Koné T, Diakité I; Bouaré Y, Pamateck S, Togo A .**

**Auteur correspondant :** Kanté Lassana Chirurgien CHU Gabriel Touré FMOS/ USTTB

Email : lassanakane@gmail.com

**RESUME :** La hernie paraoesophagienne, affection peu fréquente est la protrusion dans la cavité thoracique, au travers du hiatus œsophagien de l'estomac ou d'un autre organe abdominal. La symptomatologie est dominée par la douleur et le syndrome dyspeptique. Nous rapportons le cas d'une hernie paraoesophagienne étranglée de Type III sans nécrose chez une femme de 60 ans sans antécédents reçue en consultation externe pour une douleur basi-thoracique gauche, permanente, associée à une dyspnée et un syndrome dyspeptique. La TDM thoraco-abdominale objective une ascension de l'estomac dans le thorax évoquant une hernie paraoesophagienne de type III et une endoscopie haute en retro vision, une hernie hiatale avec un passage antral difficile.

En peropératoire il s'agissait d'une hernie paraoesophagienne étranglée type III sans nécrose, une herniation de 8 cm, sans raccourcissement de l'œsophage avec une section circulaire de la séreuse de l'antra gastrique.

Le geste chirurgical a été une désincarcération de l'estomac, une excision du sac herniaire, un repositionnement de la jonction œsogastrique, une fundoplicature type Toupet, une suture de la muqueuse, la

gastropexie et la fermeture de l'orifice herniaire avec du fil non résorbable

Les suites postopératoires ont été simples et l'évolution a été marquée par une disparition complète de la symptomatologie clinique initiale.

**MOTS –CLES :** hernie paraoesophagienne cas clinique, chirurgie, CHU Gabriel Touré, Bamako.

**ABSTRACT:** The paraesophageal hernia, an infrequent condition, is the protrusion into the thoracic cavity, through the esophageal hiatus of the stomach or another abdominal organ. The symptomatology is dominated by pain and dyspeptic syndrome. We report the case of a strangulated paraesophageal hernia Type III without necrosis in a 60-year-old woman with no history seen in an outpatient clinic for permanent left basi-thoracic pain associated with dyspnea and dyspeptic syndrome. The thoraco-abdominal CT shows an ascension of the stomach in the thorax evoking a type III paraesophageal hernia and an upper endoscopy in retro vision, a hiatal hernia with a difficult antral passage.

Intraoperatively it was a strangulated paraesophageal hernia type III without necrosis, an 8 cm herniation, without

shortening of the esophagus with a circular section of the antral serosa

The surgical gesture was an extrication of the stomach, an excision of the hernia sac, -repositioning of the esophagogastric junction, Toupet type fundoplication, suturing of the mucosa, gastropexy and closure of the hernial orifice with non-absorbable suture

The postoperative follow-up was simple and the evolution was marked by a complete disappearance of the initial clinical symptoms.

**KEY WORDS:** paraesophageal hernia clinical case, surgery, CHU Gabriel Touré, Bamako.

**INTRODUCTION** : la hernie paraoesophagien est la protrusion dans la cavité thoracique, au travers du hiatus œsophagien, d'un quelconque organe abdominal autre que l'œsophage. Elle résulte du déplacement de l'estomac au niveau du thorax, associé ou non à une remontée de la jonction entre l'œsophage et l'estomac. [1,2,3]. C'est une affection peu fréquente dont l'évolution est souvent émaillée de douleur thoracique et de reflux gasro-oesophagien. La prévalence de la douleur et du RGO dans la population générale est très grande ; 10 à 20% des adultes présentent de façon hebdomadaire un pyrosis ou des régurgitations alors que seule une minorité développe une œsophagite [4].

Aux Etats-Unis, Roman S et al montrent que la hernie para-oesophagienne a été retrouvée chez 12-36% de la population dont 40 à 60% des patients souffrant de pyrosis [5]. Klotz F et coll au Gabon sur une étude analytique et comparative réalisée sur la pathologie digestive haute a trouvé 20,14% de hernie para-oesophagienne[6] et Ndjitoyap EC et coll. Au Cameroun sur 4100 endoscopies digestives 22,5% [7] Le

traitement est médical, endoscopique et chirurgical.

Nous rapportons une observation d'une hernie paraoesophagienne étranglée, traitée par chirurgie dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako

### **OBSERVATION :**

Patiente de 60 ans sans antécédent médico-chirurgical suivie en hépato-gastroentérologie pour un ulcère gastrique depuis un an sans amélioration de la symptomatologie

Elle a été reçue en consultation externe pour une douleur basi-thoracique gauche transfixiante, à type de torsion, permanente, sans facteurs calmants, associée en une dyspnée de décubitus. A l'interrogatoire elle évoque une notion de régurgitations et d'un syndrome dyspeptique

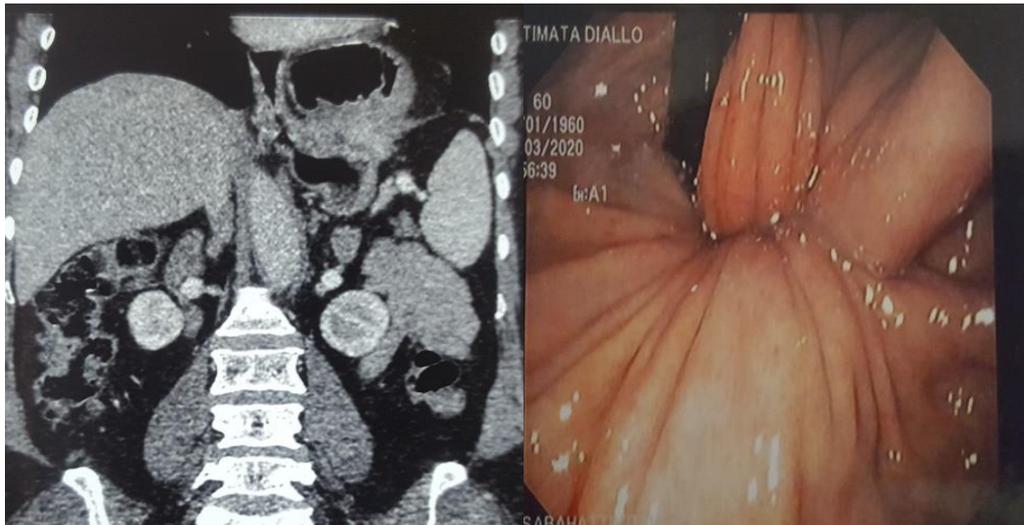
A l'admission son état général est conservé avec un indice de performance OMS grade II ; les conjonctives sont roses sans ictère ni œdème des membres inférieurs. Elle présente une tachycardie régulière à 110 battements/minute, une PA=130/90 mm Hg ; une fréquence respiratoire à 19cycles/mn ; avec une température à 37,2°C.

L'abdomen est légèrement augmenté de volume et respire bien sans voussure.

A la palpation l'abdomen est souple ; l'épigastre est sensible sans masse palpable. Les touchers pelviens sont sans particularités.

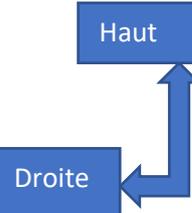
Un bilan diagnostique par la réalisation d'une TDM thoracoabdominale objective une ascension anormale de l'estomac dans la cavité thoracique avec stase gastrique faisant évoquer une hernie paraoesophagienne de type III (figure a).

L'endoscopie haute en retro vision a évoqué une hernie hiatale avec un passage antral difficile (figure b).



TDM TA Hernie para-oesophagienne type III (figure b)

Endoscopie haute/endoscopie haute avec passage antral (figure a)



Un bilan biologique préopératoire a été effectué sans trouble ionique ni modification de la crase sanguine. Un accord des anesthésistes a été obtenu pour une anesthésie générale.

En peropératoire il s'agissait d'une hernie paraoesophagienne étranglée type III sans nécrose.

En per opératoire la taille de la herniation était de 8 cm, sans raccourcissement de

l'œsophage avec une section circulaire de la séreuse antrale

Le geste chirurgical a été :

- une désincarcération de l'estomac,
- une excision du sac herniaire,
- un repositionnement de la jonction œsogastrique en intra abdominal suivie d'une fundoplicature type Toupet et une suture de la muqueuse
- une fermeture de l'orifice herniaire avec du fil non résorbable : gastropexie

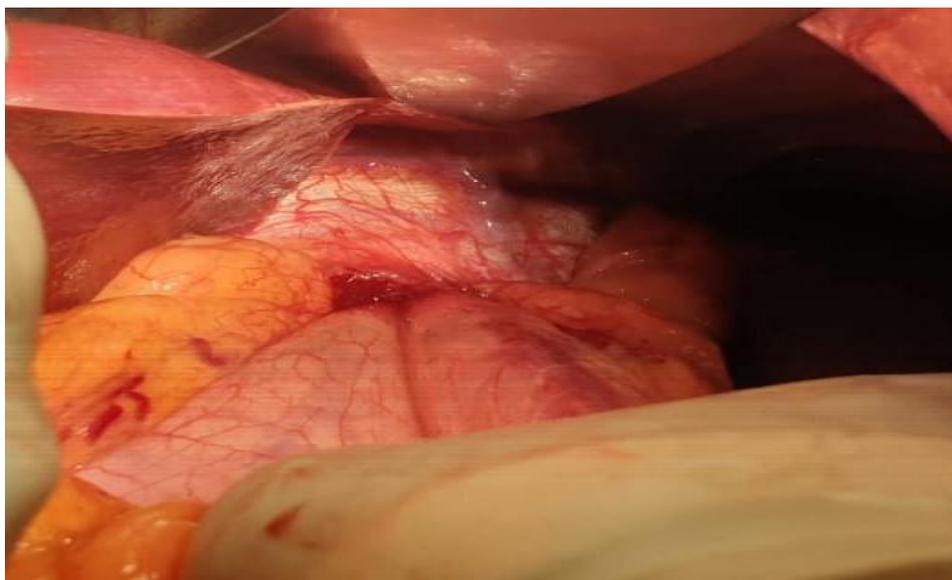
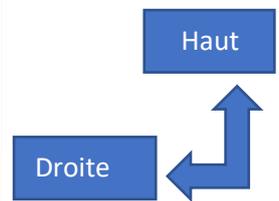


Image per opératoire hernie paraoesophagienne après réduction, repositionnement, fundoplicature ,gastropexie, et fermeture hiatale

Chirurgie Générale CHU Gabriel Touré



Les suites postopératoires immédiates ont été simples. Un traitement à base d'antalgique et d'inhibiteur de pompe à protons a été instauré. La reprise de l'alimentation a été progressive avec une alimentation liquide à j1 postopératoire. La patiente est sortie de l'hôpital à J4 postopératoire.

Une surveillance clinique a été effectuée pendant 24 mois de façon semestrielle. L'évolution a été marquée par une disparition complète de la symptomatologie clinique initiale.

**DISCUSSION :** la hernie para-œsophagienne est une pathologie rare souvent sous-diagnostiquée et méconnue. Décrite pour la première fois en 1853 par **Henry Ingersoll**

Bowditch, comme une « curieuse dilatation de l'ouverture de l'œsophage » [8]. La définition la plus communément acceptée est la « La complication la plus fréquente reste l'étranglement dont l'évolution peut se faire vers l'ischémie et la nécrose gastrique. Les hernies hiatales sont la première cause de volvulus gastrique. L'incarcération de l'estomac est favorisée par la pression négative intra thoracique [2,9,10].

Chez notre patiente, le diagnostic a été évoqué après la réalisation d'une fibroscopie œsogastroduodénale. Cet examen est indispensable pour le diagnostic d'une hernie para-œsophagienne et permettrait de décrire la taille, et la recherche de des pathologies associées [5 ,8]. Les examens d'imagerie nécessaires sont le transit œsogastroduodénal(TOGD) et la tomодensitométrie thoraco-abdominale. Comme d'autres auteurs notre choix s'était porté sur la TDM pour la planification chirurgicale [11,12].

Les examens d'imagerie permettent de faire la classification. Il y'a 4 types

-Type I, appelé hernie par glissement : la jonction est remontée en intra thoracique le fundus gastrique est en dessous de la jonction. L'estomac conserve son orientation longitudinale.

Type II, appelé hernie par roulement : la jonction est en position anatomique, c'est-à-dire infra-diaphragmatique et la membrane de Laimer est en place, mais présente un défaut. Le fundus gastrique est monté dans le thorax, au travers d'un véritable orifice herniaire, le long

Type III : combinaison des types II et III. La jonction œsogastrique et le fundus sont en position intrathoracique et le fundus est au-dessus de la jonction.

Type IV : une structure intra-abdominale autre que l'estomac est remontée dans le thorax (généralement : côlon, rate, intestin grêle). Les HH de types II, III et IV ont en commun la caractéristique d'une ascension fundique au-dessus de la jonction [1,11]. Cette classification est importante, car elle dicte l'indication opératoire. Il existe une indication opératoire claire pour les hernies de types II, III et IV, la présence de symptômes pose l'indication d'une intervention chirurgicale. En cas d'absence de symptômes, une intervention prophylactique sera discutée avec le patient, en fonction du risque opératoire. Pour notre patiente il s'agissait d'une hernie hiatale de type III avec étranglement sans nécrose.

**La manométrie œsophagienne à haute résolution, et l'impédance-pH-métrie de 24 heures** sont deux examens, impossibles à réaliser dans notre centre mais ils permettraient de donner des informations sur le péristaltisme de l'œsophage et sur la position du diaphragme par rapport au sphincter œsophagien inférieur, quantifier la sévérité du reflux et de déterminer la corrélation entre les symptômes et les épisodes de reflux. En cas d'intervention chirurgicale planifiée, ces informations influencent la technique chirurgicale dans le choix de la réalisation d'une fundoplicature [1].

Il n'existe pas de prise en charge chirurgicale standardisée et unanimement acceptée. La technique sera adaptée en fonction des symptômes préopératoires et du statut anatomique local [1,3]. L'approche laparoscopique est actuellement la technique standard pour la correction de la hernie hiatale géante et la dissection complète du sac herniaire. Sa supériorité par rapport aux techniques classiques est acceptée de tous en termes de complication ; de durée d'hospitalisation et de qualité de vie [12 ;13,14]. Nous avons réalisé une laparotomie par voie classique. En cas de hernie para-œsophagienne l'excision du sac herniaire et le repositionnement de la jonction oesogastrique en intra-abdominale sont recommandés autant en chirurgie classique qu'en laparoscopie. Le choix de la réalisation d'une gastropexie, d'un renforcement avec filet est influencé par l'état général du patient et le caractère

urgent de l'intervention [3,4,6]. En l'absence d'évidence claire, l'utilisation des filets prothétiques devrait être réservée à des cas exceptionnels [7,13]. Le taux de récurrence objective varie entre 15 à 66 %, et très peu souvent symptomatiques 15-25 % [3 ;12,14]. Une révision du montage sans tension associée ou non en une gastropexie pourrait être proposée aux patients symptomatiques avec une récurrence prouvée [1,4,12]

**CONCLUSION** : la hernie para-œsophagienne étranglée est une pathologie rare. Le diagnostic est endoscopique et radiologique. Sa prise en charge est une urgence chirurgicale au risque de nécrose gastrique. Il n'existe pas de technique chirurgicale standardisée. La réussite chirurgicale est définie par la disparition des symptômes cliniques ; malgré un taux de récurrence considérable.

### Références

#### 1-Hernie hiatale : prise en charge diagnostique et thérapeutique

Drs PIERRE ALLEMANN, VALENTINE GUARNERO , ALAIN SCHOEPFER , Prs NICOLAS DEMARTINES, MARKUS SCHÄFER

Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 1248-52

#### 2-Acute gastric volvulus on hiatal hernia

Abdessamad EL KAOUKABI , Mohamed MENFAA, Samir HASBI, Fouad SAKIT, Abdelkrim CHOHO

Hindawi ,Case Reports in Surgery 2020, 1-5

#### 3- Guidelines for the management of hiatal hernia

Kohn GP, Price RR, DeMeester SR, Zehetner J, Fanelli RD. SAGES guidelines committee.

Surg Endosc 2013;27:4409-28.

#### 4-Contemporary management of paraesophageal hernias : establishing a European expert consensus

Bonrath EM, Grantcharov TP. Surg Endosc 2015;29:2180-95.

#### 5-The diagnosis and management of hiatus hernia.

Roman S, Kahrilas PJ. BMJ 2014;349:6154.

#### 6- Klotz F, Kontele F, L'herp P, N'gemby M.

La pathologie digestive haute au Gabon. Etude analytique et comparative à propos de 1314

oesophagoduodenoscopies à Libreville. Med Afr Noire 1987; 34: 917- 926.

#### 7- Ndjitoyap EC, Tzeuton C, Mbakop A, Poupene J, Guemnet TA,

Njoya O et al.

Endoscope digestive haute au Cameroun : Etudes analytiques de 4100

examens.

Med Afr Noire 1990 ; 37 (9) : 453-456

**8- Henry Ingersoll Bowditch :  
paraesophageal hernia**

Boston, Massachusset 14, 1892(1892-01-14

**9-Gastric necrosis following a hiatal  
hernia: A case report**

Gregoire Longchamp, Axel Andres, Ziad Abbassi

International Journal of Surgery Case Reports 2021,79,108–111

**10-Gastric Volvulus: A Complication of  
Hiatal Hernia**

Sara Lourenço , Ana Marta Pereira , Marta Guimarães , Mário Nora  
Cureus 2020, 12 ;1-6

**11- Giant hiatal hernia**

Danilo Coco<sup>1</sup>, Silvana Leanza<sup>2</sup>  
Pan African Medical Journal. 2020;37, 1-2.

**12-What is the reality of hiatal hernia  
management? A registry analysis**

Ferdinand Köckerling, Konstantinos Zarras , Daniela Adolf , Barbara Kraft , Dietmar Jacob, Dirk Weyhe ,Christine Schug-Pass  
Front. Surg.2020, 7,1-10

**13-Open versus Laparoscopic Hiatal  
Hernia Repair**

Terrence M. Fullum, MD, Tolulope A. Oyetunji, MD, MPH, Gezzer Ortega, MD, MPH,  
Daniel D. Tran, MD, Ian M. Woods, BS, Olusola Obayomi-Davies, BS,  
Orighomisan Pessu, BS, Stephanie R. Downing, MD, Edward E. Cornwell, MD  
JSLS (2013)17:23–29

**14-Radiographic predictability of hiatal  
hernia prior to gastric band surgery**

Joseph R. Broucek, MD, Lane A. Ritter, MD, Amanda B. Francescatti, MS, Claire H. Smith, MD, Minh B. Luu, MD, Khristi M. Autajay, RD, Jonathan A. Myers, MD  
JSLS (2014)18:243–245