

Une hernie interne du caeco-colon ascendant via le hiatus de Winslow explorée en coloscanner à l'eau

O Bruot, V Laurent, S Tissier, L Meyer-bisch, C Barbary, S Corby, S Beot et D Régent

Key words: Internal hernia. Hernia through the hiatus of Winslow. Colon CT.

Mots-clés : Hernie interne. Hernie du hiatus de Winslow. Coloscanner.

Une hernie abdominale interne au travers du hiatus de Winslow est une pathologie rare et représente 6 à 10 % des hernies internes. Son diagnostic clinique est difficile et souvent la prise en charge de ces patients est tardive, au stade de complications (occlusion, perforation, nécrose). Seul le scanner, permet devant un syndrome abdominal douloureux ou occlusif, d'en affirmer le diagnostic.

Nous rapportons ici l'observation d'une patiente pour laquelle le diagnostic a été possible en dehors de toute complication par la réalisation d'un scanner abdominal optimisé par la distension du cadre colique à l'eau.

Observation

Il s'agit du cas d'une jeune femme de 35 ans, ayant bénéficié d'une exploration scanographique pour bilan étiologique de douleurs abdominales. Dans ses antécédents, on note une appendicectomie sous coelioscopie en 1988.

L'histoire de la maladie révèle des douleurs abdominales non systématisées évoluant depuis plusieurs années, associées plus récemment à un syndrome occlusif spontanément résolutif.

L'acquisition scanographique initiale objective une anomalie positionnelle d'un segment digestif, situé en avant du corps de l'estomac, faisant suspecter alors une malrotation de l'anse intestinale primitive (*fig. 1*).

Devant ces anomalies et les difficultés d'analyse de la topographie des segments digestifs, une distension du cadre colique est réalisée, par l'instillation endo rectale de 2 litres d'eau.

La deuxième acquisition scanographique permet de mettre en évidence l'absence du caeco-colon ascendant et de la dernière anse en fosse iliaque droite (*fig. 2*). Ces derniers sont en position anormale en avant de la petite courbure gastrique (*fig. 3*).

Les reconstructions multi planaires objectivent leur passage en arrière du pédicule hépatique et en avant de la veine cave inférieure, au travers du hiatus de Winslow (*fig. 3, 4*). Ces anomalies positionnelles permettent de poser le diagnostic de hernie interne, via le hiatus de Winslow, du caeco-colon droit (*fig. 4, 5*).

On retrouve à posteriori sur l'acquisition première un élargissement du hiatus de Winslow, qui aurait pu attirer l'attention et faire poser le diagnostic (*fig. 6*).

La patiente bénéficie deux mois plus tard d'une intervention chirurgicale par voie coelioscopique qui comprend deux temps : réduction de la hernie (*fig. 7*), et fixation du caecum en position anatomique (*fig. 8*). Les suites opératoires sont simples et la patiente sort au 3^e jour post opératoire.

Discussion

La hernie du hiatus de Winslow fut décrite pour la première fois par Blandin en 1834 lors d'une observation nécropsique (1). Depuis moins de 170 cas ont été publiés (2). Avant l'avènement du scanner, le taux de diagnostic préopératoire était d'environ 10 % seulement (3). Depuis, le diagnostic est posé par le scanner, généralement devant une complication occlusive.

Nous rapportons le seul cas qui à notre connaissance a été diagnostiqué en dehors de toute période aigüe grâce à la réalisation d'un coloscanner à l'eau.

Les hernies internes sont définies par la protrusion d'un viscère (fréquemment l'intestin grêle) au travers d'un orifice normal ou anormal dont la localisation est péritonéale ou mésentérique. L'orifice herniaire est soit une structure anatomique existante soit un défaut pathologique congénital ou acquis (4). Le risque majeur de ces hernies abdominales internes est le syndrome occlusif par strangulation. La hernie du hiatus de Winslow représente 6-10 % des hernies internes (5). Le foramen de Winslow, orifice anatomique physiologique, permet la communication de la cavité péritonéale avec l'arrière cavité des épiploons (ou bourse omentale). Il se situe en arrière du bord libre du grand épiploon, au dessus du bulbe duodénal et en arrière du foie. Les limites de la bourse omentale sont en avant la paroi postérieure de l'estomac, le petit épiploon et le ligament gastrocolique, en arrière la paroi abdominale postérieure (5). Les berges antérieure et postérieure du hiatus sont physiologiquement au contact, et le foramen s'ouvre notamment lors de l'antéflexion du tronc. Les facteurs anatomiques prédisposant à la hernie interne du hiatus de Winslow les plus fréquemment retrouvés sont : le mésentère commun ou trop long et la persistance du méso-colon ascendant (car ils favorisent la mobilité du tube digestif, toutes les causes d'hyperpression abdominale (gestation, repas important...)). De contenu le plus souvent grêle (60 à 70 %), elles peuvent intéresser plus rarement du caeco-colon ascendant (6). De petite taille et facilement réductibles, elles sont donc intermittentes et restent alors asymptomatiques. En l'absence de complication la symptomatologie clinique est pauvre et

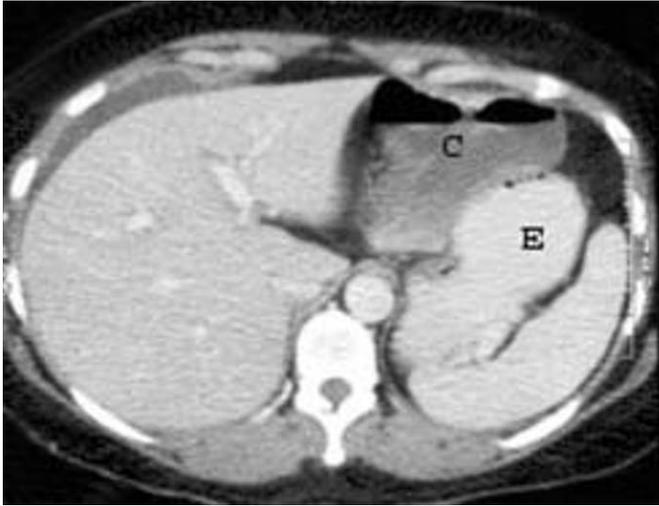


Fig. 1 : Coupe axiale : présence du caecum (C) en avant de l'estomac (E).

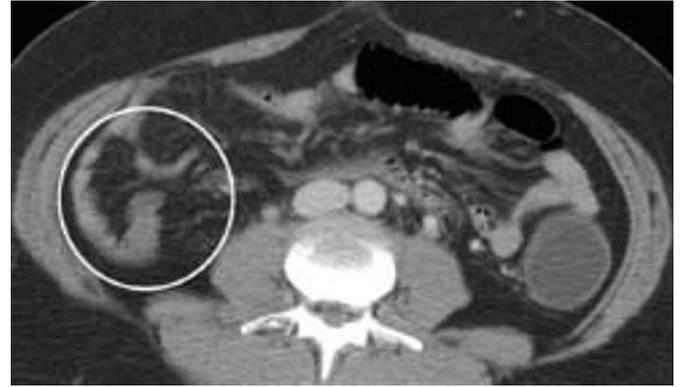


Fig. 2 : Coupe axiale : absence de segment colique en fosse iliaque droite.

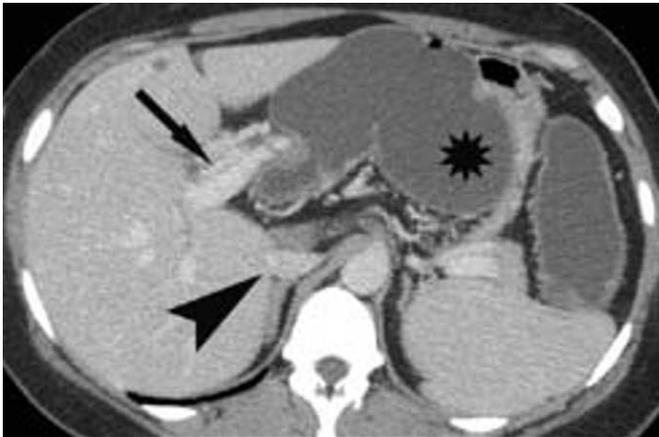


Fig. 3 : Coupe axiale : présence du caecum (*) et de la dernière anse grêle dans l'arrière cavité des épiploons, passant entre le tronc porte (flèche) et la veine cave inférieure (tête de flèche), via le hiatus de Winslow, refoulant l'estomac en arrière et à gauche.



Fig. 4 : Reformation axiale oblique dans le plan des anses digestives afférentes et efférentes : présence du caecum et de la dernière anse grêle dans l'arrière cavité des épiploons, passant entre le pédicule hépatique et la veine cave inférieure, via le hiatus de Winslow (flèche double tête).



Fig. 5 : Reformation frontal oblique : montrant le segment colique hernié via le hiatus de Winslow, se positionnant dans l'arrière cavité des épiploons, passant entre les vaisseaux hépatique et la VCI.

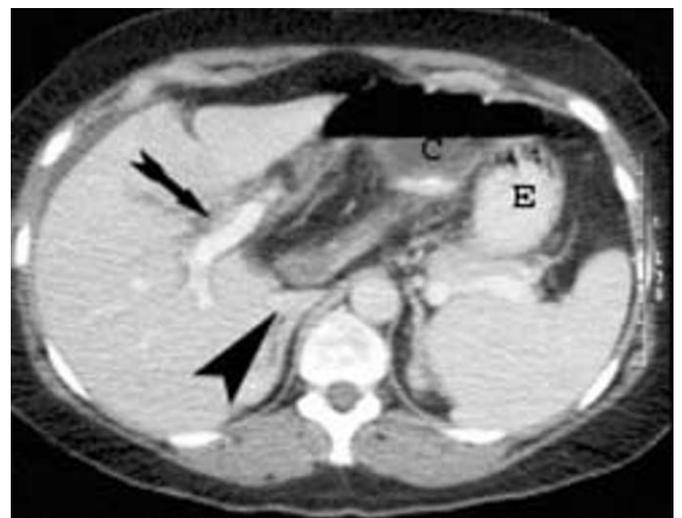


Fig. 6 : Coupe axiale : élargissement du hiatus de Winslow (flèche et tête de flèche), associée à une position anormale du caecum (C).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4236245>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4236245>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)