

Fait clinique

À propos d'un cas de hernie de l'angle iléocœcal à travers l'hiatus de Winslow

Ileocecal herniation through the foramen of Winslow: a case report

B. Brunschweiler^a, N. Ainseba^a, M. Daoud^b, MC. Serot^b, F. Mauvais^{a,*}

^a Service de chirurgie digestive, centre hospitalier de Beauvais, avenue Léon-Blum, 60021 Beauvais, France

^b Service de radiologie, centre hospitalier de Beauvais, avenue Léon-Blum, 60021 Beauvais, France

Disponible sur internet le 10 mars 2005

Résumé

Nous rapportons une observation de hernie du cœcum et de l'iléon distal à travers l'hiatus de Winslow. Cette forme rare de hernie interne est de diagnostic difficile. Nous rappelons les signes cliniques, le bilan radiologique permettant de faire le diagnostic et faisons une mise au point sur le traitement.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

A case of ileocecal herniation through the foramen of Winslow is presented. This is an uncommon type of internal hernia and the diagnosis is difficult. From this case, clinical signs, imaging procedures and treatment options are discussed.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Hernie interne ; Tomodensitométrie ; Hiatus de Winslow ; Cœcum

Keywords : Internal hernia; Computed tomography; Foramen of Winslow; Cecum

1. Introduction

Depuis l'observation initiale de Blandin en 1834 [1], moins de 170 cas de hernies à travers l'hiatus de Winslow ont été rapportés. Le diagnostic de cette hernie interne est difficile car la présentation clinique initiale est habituellement paucisymptomatique. La prise en charge des patients est souvent tardive, au stade de complications (occlusion, péritonite, perforation, nécrose intestinale, ictère [2], pancréatite [3]) et le diagnostic de hernie à travers l'hiatus de Winslow une surprise opératoire.

À partir de l'observation d'une patiente, nous faisons le point sur les moyens diagnostiques, notamment sur l'intérêt de la tomodensitométrie abdominale qui permet d'effectuer

un diagnostic précoce, préopératoire [4,5] et nous discutons des modalités du traitement chirurgical.

2. Observation

Une patiente de 76 ans était hospitalisée en urgence pour douleurs épigastriques et nausées. Elle n'avait pas d'antécédent particulier. Les symptômes étaient apparus la veille. Il s'agissait du premier épisode douloureux.

L'examen clinique d'entrée retrouvait une sensibilité épigastrique sans défense, un tympanisme épigastrique et des orifices herniaires libres. Il n'y avait pas d'arrêt des matières et des gaz. Les examens biologiques montraient une discrète cholestase (phosphatases alcalines : 183 [$n < 140$], γ GT : 58 [$n < 40$]) et l'absence de syndrome inflammatoire biologique, de cytolyse et d'élévation de la lipase. L'échographie abdominale ne retrouvait pas de dilatation des voies biliaires

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : f.mauvais@ch-beauvais.fr (F. Mauvais).

intra- et extrahépatiques. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) (Figs. 1 et 2) retrouvait une image hydroaérique épigastrique.

Le premier diagnostic évoqué était un volvulus du cæcum et un lavement opaque (Fig. 3) montrait une progression normale du produit de contraste jusqu'à l'angle colique droit puis l'opacification d'une formation épigastrique bien limitée et un passage dans les anses grêles, sans volvulus du cæcum visualisé au niveau de l'hypochondre gauche.



Fig. 1. Cliché d'abdomen sans préparation couché : distension colique pouvant être prise à tort pour une distension gastrique.



Fig. 2. Cliché d'abdomen sans préparation debout : niveaux hydroaériques évoquant une occlusion colique.



Fig. 3. Lavement aux hydrosolubles : opacification épigastrique de l'iléon et du cæcum.

Devant cette image épigastrique, un scanner abdominal était réalisé après injection de produit de contraste (Fig. 4) : le cæcum n'était pas en position anatomique et se situait dans l'arrière cavité des épiploons. Il était opacifié par le lavement opaque réalisé auparavant. L'intestin grêle était dilaté. Le diagnostic de hernie interne était évoqué.

La patiente a été laparotomisée : à l'ouverture du péritoine, il n'y avait pas d'épanchement péritonéal. Le colon droit n'était pas fixé dans la fosse iliaque droite et il existait une incarceration de l'iléon distal et du cæcum à travers l'hiatus de Winslow avec un bombement au travers de la pars flacida du petit épiploon (Fig. 5). Après ouverture de la pars flacida (Fig. 6), les manœuvres de taxis ne permettaient pas la réintégration du segment hernié dans la cavité péritonéale, ceci

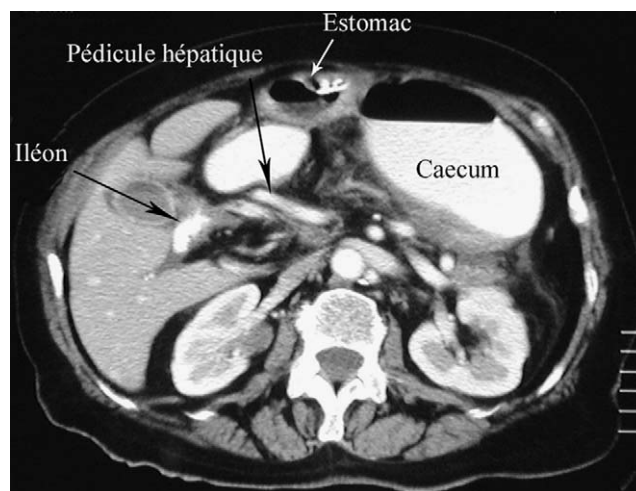


Fig. 4. Coupe tomodynamométrique : passage en arrière du pédicule hépatique, cæcum dans l'arrière cavité des épiploons.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9398541>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9398541>

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