

OCCLUSION INTESTINALE AIGUË DU GRELE PAR HERNIE INTERNE DANS LE HIATUS DE WINSLOW, A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE.

Acute Intestinal Obstruction Of The Small Bowel By Internal Hernia In Winslow's Hiatus, Concerning Two Clinical Cases And Literature Review.

Pamateck S¹, Doumbia AA¹, Ahamadou I², Guindo S³, Konaté M¹, Sidibe BY¹, Samaké A³, Koné D³, Saye Z¹, Doumbia S³, Darar I⁴, Coulibaly Z¹, Diallo L¹, Koné T¹, Maiga A¹, Ouattara Y³, Traoré SO³, Traoré A¹, Koita S¹, Dembélé BT¹, Togo A¹.

1. Service de chirurgie générale du Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré ; 2. Centre de santé de référence d'Ansongo ; 3. Centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako ; 4. Hôpital militaire de Djibouti.

Auteur correspondant: Dr Pamateck Seydou chirurgien au Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako Tel :78 79 74 9 ; Email: Pamateck Seydou: spamatek@yahoo.fr,

RESUME

La hernie à travers le foramen de Winslow est rare, avec une présentation clinique non spécifique et son diagnostic peut être difficile. C'est forme d'occlusion par hernie interne. Les hernies internes sont une cause fréquente d'occlusion, qui peuvent se révéler cliniquement sur un mode aigu ou progressif. Ce diagnostic doit être évoqué en priorité chez un malade sans antécédent chirurgical ou inflammatoire abdominal. Nous rapportons deux observations de hernie de l'iléon distal à travers le hiatus de Winslow. Cette forme rare de hernie interne est de diagnostic difficile. Nous rappelons les signes cliniques, le bilan radiologique (radiographie de l'abdomen sans préparation) permettant de faire le diagnostic de l'occlusion intestinale mais la tomodensitométrie et la coelioscopie prescient le siège l'état de l'anse, et faisons une mise au point sur le traitement. **Mots clés :** Hernie interne ; Hiatus de Winslow ; occlusion

ABSTRACT

Hernia through the Winslow's foramen is rare, with a nonspecific clinical presentation, and its diagnosis can be challenging. It is a form of obstruction due to internal hernia. Internal hernias are a common cause of obstruction, which can present clinically in an acute or progressive manner. This diagnosis should be prioritized in a patient without a history of surgical or inflammatory abdominal conditions. We report two cases of distal ileal hernia through the Winslow's hiatus. This uncommon form of internal hernia is difficult to diagnose. We highlight the clinical signs and the radiological assessment (abdominal X-ray without contrast) for diagnosing intestinal obstruction, but the computed tomography and the laparoscopy anticipate the location and condition of the loop and provide an overview of treatment.

Keywords: Internal hernia; Winslow's hiatus; obstruction.

INTRODUCTION

Depuis l'observation initiale de Blandinen 1834 [1], moins de 170 cas de hernies à travers le hiatus de Winslow ont été rapportés. Les hernies internes sont des protrusions des viscères creux dans un orifice intrapéritonéal, mais qui restent à l'intérieur de la cavité abdominale (ont été exclues les formes iatrogènes post-chirurgicales). [1 ; 2]. La hernie à travers le hiatus de Winslow ne représente que 8% des hernies internes, soit 0,3% de toutes les hernies [2]. Dans 70% des cas, la hernie est composée d'intestin grêle uniquement et dans 30% des cas le cæcum et/ou le côlon droit s'y associe [3]. Les facteurs anatomiques qui peuvent faciliter la survenue de ce type de hernies ont un foramen béant avec distension antérieure de la pars pediculosa, un mésentère long et/ou une persistance du méso-côlon droit entraînant un excès de mobilité des anses intestinales et un défaut d'accrolement du fascia de Toldt pour les formes à contenu iléocæcal [4]. Au paravant, seules 10% de ces hernies étaient diagnostiquées en préopératoire [5]. 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, ictere [2], pancréatite [3] et le diagnostic de hernie à travers le hiatus de Winslow est une surprise opératoire. Le pronostic d'une hernie de Winslow dépend de sa rapidité de diagnostic, et de prise en charge chirurgicale, qui est urgente [4]. 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]. Aujourd'hui la réalisation d'une tomodensitométrie abdomino-pelvienne permet habituellement d'en faire le diagnostic [4]. La réduction chirurgicale est une urgence dans les formes avec souffrance digestive. La laparoscopie est une option de traitement réussi [6], et nous discutons des modalités du traitement chirurgical.

OBSERVATIONS

Observation 1 : Il s'agit l'observation d'une patiente de 22 ans, sans antécédent médico-chirurgicaux particulier qui a consulté aux urgences le 09 décembre 2021 à la suite d'une

douleur ombilicale d'apparition progressive à type de torsion, associée à des vomissements et un arrêt de matières. A l'examen physique, elle présente un bon état général, une douleur abdominale diffuse et un tympanisme. Absence de masse palpée. La radiographie de l'abdomen sans préparation, a permis de mettre en évidence sur les clichés des niveaux hydroaérique centraux, plus large que haut en faveur d'une occlusion aiguë du grêle. (**Fig.1**). Nous avons réalisé en urgence, une laparotomie. Le diagnostic d'occlusion du grêle par hernie dans le hiatus de Winslow est confirmée avec un bombement des anses grèles en souffrance en arrière du petit épiploon. La réduction du grêle hernié est effectuée par traction progressive des anses et contre appui délicat à la face postérieure du pédicule hépatique. Le segment hernié mesurait environ 10 cm et la vitalité était satisfaisante enfin d'intervention. Nous avons replacé l'intestin en position anatomique sous-méso-colique et la fermeture du hiatus de Winslow malgré la réaction inflammatoire locale qui se développe en postopératoire (Fig. 2, 3 et 4). La patiente a repris son transit au deuxième jour post-opératoire et est sortie à son 7^{ème} jour postopératoire.

Observation 2 : Il s'agit d'une patiente de 20 ans, sans antécédent médico-chirurgicaux particulier qui a consulté aux urgences le 19 décembre 2021 à la suite d'une douleur ombilicale d'apparition progressive à type de torsion, associée à des vomissements et un arrêt de matières sans arrêt des gaz. A l'examen physique, elle est classée l'indice de performance OMS2, une douleur abdominale diffuse avec défense localisée en périombilicale et de l'hypochondre droit, un météorisme abdominal. Il n'existe pas d'ogano-mégalie palpable. La radiographie de l'abdomen sans préparation, a mis en évidence des images de niveaux hydroaérique plus larges que hauts centraux, dont le diagnostic était en faveur d'une occlusion intestinale aiguë du grêle. (**Fig.5 et 6**). Une laparotomie d'urgence a été effectuée. Le diagnostic per opératoire a été une occlusion du grêle par hernie de hiatus de Winslow sans nécrose avec un bombement des anses grèles en souffrance en arrière du petit épiploon. La réduction de la grêle hernié est effectuée par traction progressive des anses et contre appui délicat à la face postérieure du pédicule hépatique. La vitalité du segment hernié était satisfaisante enfin d'intervention et mesurait environ 15cm. Nous avons replacé l'intestin en position anatomique sous-méso-colique et nous avons procédé à la fermeture du hiatus de Winslow. (**Fig. 7, 8 et 9**). Le patient a repris le transit au premier jour post-opératoire et est sortie à son 7^{ème} jour postopératoire.

DISCUSSION

Décrise pour la première fois en 1834 (observation nécropsique de Blandin [1]), les hernies à travers le hiatus de Winslow sont les formes les plus rares (8%) de hernie interne [6]. Les organes herniés sont : l'intestin grêle (63%), le colon droit ou la jonction iléocæcale (30%), le colon transverse (6%) et la vésicule biliaire (1%) [7]. Il existe trois prédis positions anatomiques à la survenue d'une hernie cæcale ou iléocæcale dans le hiatus de Winslow [7] : la présence d'un hiatus large défini comme laissant passer plus d'un doigt, l'absence d'accolement colo pariétal qui se retrouve chez 10 à 20% de la population [8] et la présence d'un mésentère long. Nos malades avaient un foramen large environ 6cm et 8cm. Le diagnostic des hernies au travers du foramen épiploïque est rarement évoqué du fait de leur rareté. En effet depuis leur description, moins de 170 cas ont été publiés [9]. Avant l'ère du scanner, il n'y avait pas de diagnostic préopératoire [2].

La tomodensitométrie est un bon examen en cas d'occlusion intestinale qui permet le plus souvent de préciser l'étiologie [11]. En cas de hernie à travers le hiatus de Winslow, le scanner permet de localiser l'organe hernié dans le petit épiploon par sa position rétro gastrique, avec le déplacement antérieur et latéral gauche de l'estomac. Le passage au travers du foramen épiploïque est affirmé par la position du segment intestinal en arrière du pédicule hépatique et en avant de la veine cave inférieure avec un aspect d'arrêt du produit de contraste en forme de bec [4,5]. Dans notre cas, nous n'avons pas réalisées de scanner ni de lavement aux hydrosolubles a permis de faire le diagnostic de hernie interne du cæcum, l'orifice de la hernie à travers le hiatus de Winslow n'ayant pas été précisé.

Pour les hernies du cæcum ou de l'angle iléocæcal, les signes cliniques ne sont pas septiques : il s'agit le plus souvent d'un syndrome douloureux épigastrique. L'aggravation des douleurs en position couchée témoignant de la compression intestinale lors de la fermeture du hiatus de Winslow est un signe plus spécifique mais rarement recherché [10]. Les vomissements sont inconstants et l'arrêt des matières et des gaz tardifs. Lors de l'examen abdominal, les signes d'irritation péritonéale peuvent être absents, même en cas de perforation intestinale de l'anse herniée [7], la réaction péritonéale étant circonscrite à l'arrière-cavité des épiploons. Chez nos malades, le tableau était symptomatique avec un syndrome occlusif, sans signe d'irritation péritonéale.

La radiographie de l'abdomen sans préparation peut orienter au diagnostic de l'occlusion intestinale aigüe du grêle : l'image typique est celle d'une collection aérique ou hydroaérique dans l'épigastre et l'hypocondre gauche

refoulant la clarté gastrique vers la gauche et l'avant, associée à une disparition du granité cœcal en position anatomique [10]. Ces images ne doivent pas être confondues avec une image de stase gastrique ou de volvulus du cœcum. Dans nos observations, l'image radiologique classique nous ont orientés vers le diagnostic d'une occlusion grêlique, nous n'avons pas réalisées de tomodensitométrie chez nos malades ni de la coelioscopie à cause du contexte d'urgence, et le coût élevé.

Le bilan biologique n'est pas nécessaire au diagnostic. Cependant, quelques cas d'ictère par compression du pédicule hépatique [2] et un cas de pancréatite [3] ont été décrits dans la littérature. Chez notre patient, il existait une cholestase légère sans dilatation des voies biliaires à l'échographie qui a disparu en postopératoire. Le diagnostic étiologique soit fait ou non, l'état clinique des patients impose plus ou moins rapidement une exploration chirurgicale. La voie d'abord habituelle est la laparotomie. À notre connaissance, il n'y a pas de cas rapporté d'abord laparoscopique de cette pathologie.

Le premier temps de l'intervention consiste à réduire la hernie. Ce geste est parfois difficile comme dans le cas de notre patiente. Trois techniques peuvent faciliter la réduction : la réalisation d'un décollement duodénopancréatique qui permet d'ouvrir le hiatus, une exsufflation à l'aiguille de l'intestin étranglé ou une entérotonie [7]. Lorsque le segment intestinal est nécrosé une résection iléocolique est nécessaire.

En cas perforation ou d'abcès dans l'arrière-cavité, un drainage trans hiatal est mis en place [9].

Concernant la prévention de la récidive, la plupart des auteurs proposent de réaliser une cœcopexie [2,4,5,8,12,13] ou plus rarement une fermeture du hiatus [2]. Avant d'opter pour une technique, il est important de noter qu'aucun cas de récidive de hernie interne dans le hiatus de Winslow n'a été à notre connaissance rapporté et que la création d'adhérences postopératoires peut être responsable de l'obstruction du hiatus comme cela a pu être décrit [14]. La cœcopexie ne permet pas une fixation fiable du cœcum et à l'instar des volvulus du cœcum, la meilleure technique pour traiter le défaut de fixation du cœcum est la résection iléocolique [15]. La fermeture du hiatus est techniquement difficilement réalisable [9] et peut être responsable de compression du pédicule hépatique. Dorian et al. Rapportent un cas de thrombose portale après fermeture du hiatus [16]. Nous pensons donc que la résection iléocolique est une bonne solution chirurgicale permettant une réduction de la hernie et une prévention fiable de la récidive.

CONCLUSION

Les hernies internes au travers du foramen de Winslow sont rares et de diagnostic difficile car la présentation clinique est habituellement paucisymptomatique même à un stade tardif. Les canner abdominal est le meilleur examen comme pour la plupart des occlusions. Réalisé précocement la tomodensitométrie aide à la planification chirurgicale, elle est essentielle pour le diagnostic pour identifier l'occlusion. La coelioscopie offre un avantage significatif par rapport à la chirurgie ouverte. Le traitement consiste en une réduction et pour les hernies du cœcum ou de l'angle iléocœcal, il est licite de proposer une colectomie droite qui facilite la réduction et prévient de la récidive.

REFERENCES

1. Maya AN, Cazeneuve b, C. Bourbao-Tournoisc. Occlusion aiguë du grêle par hernie interne dans le hiatus de Winslow : diagnostic scanographique, traitement cœlioscopique ; Journal de Chirurgie Viscérale (2013)150,373—375,
2. B. Brunschweilera, N. Ainsebaa, M. Daoudb, MC. Serotb, F. Mauvais. Fait clinique À propos d'un cas de hernie de l'angle iléocœcal à travers l'hiatus de Winslow ; Annales de chirurgie 130 (2005)346–349
3. Lisalo P, Mero M. Hernia through the foramen of Winslow. AnnChirGynaecol 1978;67:195—7.
4. Gullino D, Giordano O, Ullino E. Les hernies internes de l'abdomen. À propos de 14 cas. JChir 1993;130:179—95.
5. Quénou J, Loygue J, Perrotin J, Dubost C, Moreaux J. Laparotomies pour occlusion intestinale. Opérations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif. Paris : Masson ;1967 ; 1140-52.
6. Phil N, Mathias J, Regent D. Imagerie médicale, imagerie de l'abdomen. In : Hernies internes. Elsevier Masson ; 2008.p.694—705.
7. Ohkuma R, Miyazaki K. Hernia through the foramen of Winslow. JSurg 1977;7:151-7.
8. Farthouat P, Platel JP, et al. Hernie du hiatus de Winslow : diagnostic tomodensitométrique pré-opératoire et traitement par coelioscopie. Ann Chir 1998;52:387—9.
9. Antoine Mboyoa , Ernest Gourab, Richard Massicota, Vincent lurinc, Benedicte Legranda, Muriel Repetto-Germainea, Sigrid Caron-Batailled, Jean Ndié ; An exceptional cause of intestinal obstruction in a 2-year-old boy : strangulated hernia of the ileum through Winslow's foramen, Journalof Pediatric Surgery (2008) 43,E1-E3
10. Cyrille Buisset1, Agathe Postillon2, Sandrine Aziz1, Florian Bilbault1, Guillaume Hoch1, Jean-Philippe Nesselere1: Laparoscopic management of an ascending colon hernia through the foramen of Winslow ; Journalof Surgical Case Reports,2020;9,1-3

11. Tse G, Sollei T, Ali SM, Kukreja N: Caecal herniation through the foramen of Winslow. *BJR Case Rep* 2016; **2:20150330**.
12. Leung E, Bramhall S, Kumar P, Mourad M, Ahmed A. Internal herniation through foramen of Winslow: a diagnosis not to be missed. *Clin Med Insights Gastroenterol* 2016; **9:21–33**.
13. Martin L C, Merke EM, Thompson WM. Review of internal hernias : radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol* 2006; **186**:703-17.
14. Joo YE, Kim HS, Choi SK, Rew JS, Kim HR, Cho CK, et al. Internal hernia presenting as obstructive jaundice and acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 2002; **37**:983–6
15. Madiba TE, Thomson SR. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 2002; **45**:264–7.



Fig. 1 : la radiographie de l'abdomen sans préparation mettant en évidence des niveaux hydroaériques grélique

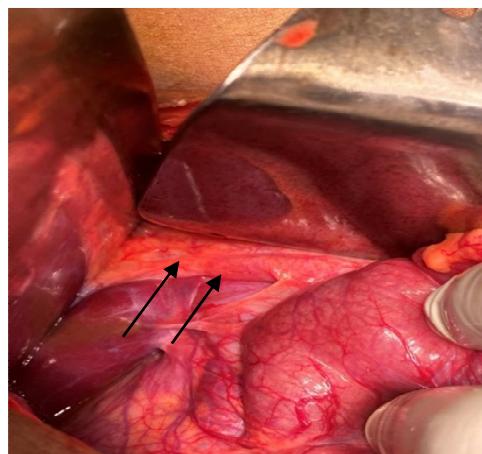
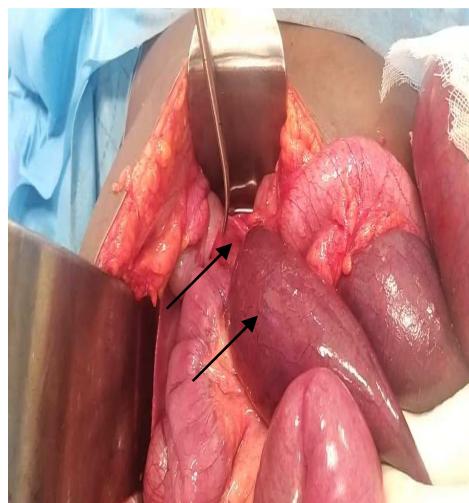


Fig. 2 et 3 : hernie de foramen de Winslow grélique avant et après réduction.

Fig. 2 et 3 : hernie de foramen de Winslow grélique avant et après réduction.

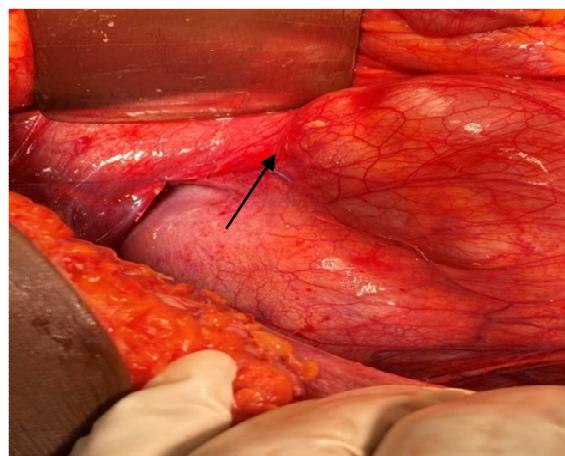


Fig. 4 : fermeture du foramen de Winslow avec du Vicryl 3/0.

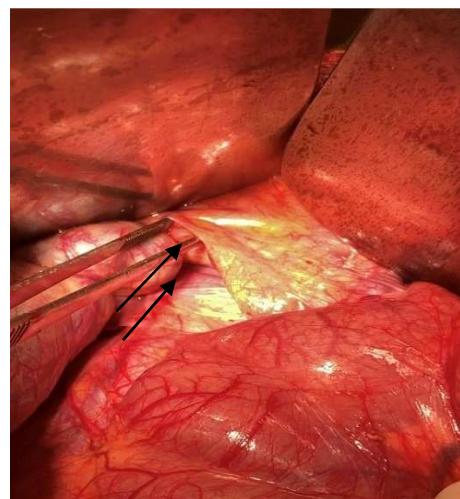
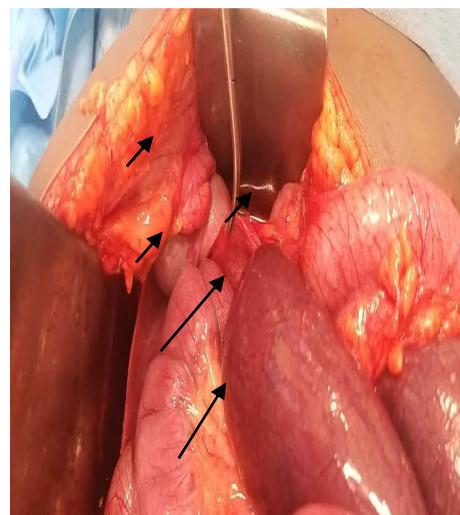


Fig. 7 et 8 : hernie de Winslow grêlique et après réduction du grêle dans le foramen de Winslow

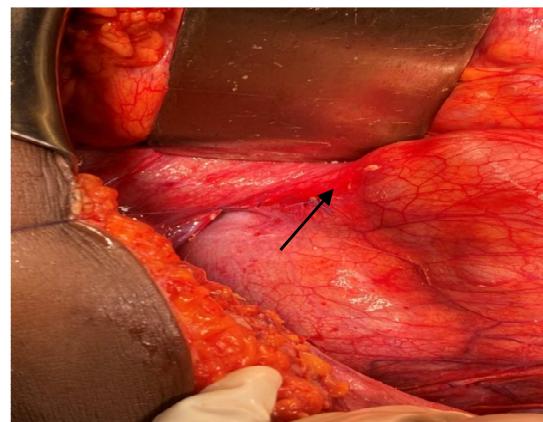


Fig. 9 : la fermeture du foramen de Winslow avec du vicryl 3/0 serti.