

L'IMAGE DU MOIS

Occlusion grêle sur hernie abdominale interne au travers de l'hiatus de Winslow

J-L. LEJEUNE (1), E. BRASSEUR (2), M. LEWIN (3), V. D'ORIO (4)

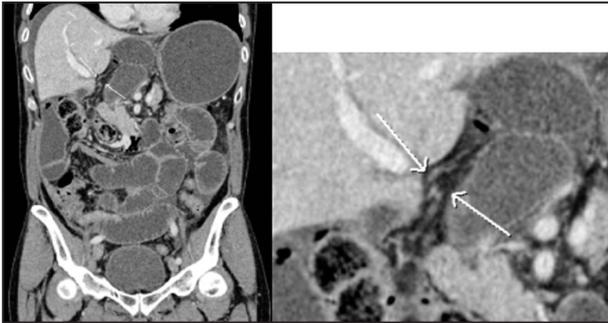


Figure 1. Coupe TDM coronale : pédicule mésentérique de l'anse herniée au travers de l'hiatus de Winslow (flèches).

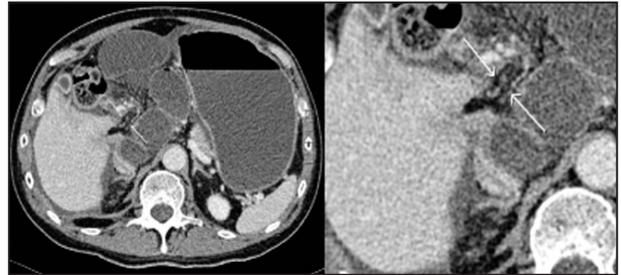


Figure 2. Coupe TDM transversale : pédicule mésentérique au travers de l'hiatus (flèches) et sac herniaire interposé dans l'arrière-cavité des épiploons.

OBSERVATION CLINIQUE

Un homme de 68 ans est admis au service des Urgences pour un tableau de douleurs abdominales diffuses, crampoïdes, accompagnées de vomissements. Il signale un arrêt des selles et des gaz depuis 48h. L'examen clinique est marqué par un ballonnement abdominal, un transit aboli et, à la palpation abdominale, des douleurs diffuses sans défense, ni contracture. Dans les antécédents, on relève principalement une péritonite sur appendicite aiguë dans l'enfance et, trois mois avant l'épisode qui nous intéresse, une cure de hernie inguinale gauche avec mise en place d'une plaque prothétique de renforcement pariétal extra-péritonéal.

L'analyse sanguine révèle un syndrome inflammatoire isolé sans hyperleucocytose. Une tomodensitométrie abdominale avec injection de contraste est réalisée et permet la mise en évidence d'une occlusion grêle dont l'étiologie n'est pas formellement établie, mais attribuée à une probable bride ou adhérence.

Un traitement médical conservateur est instauré mais, devant l'absence d'amélioration clinique après 48 heures, une laparotomie est réalisée. De manière assez inattendue, le problème occlusif se situe, non pas dans les régions

de sites opératoires antérieurs, mais sous le foie. En effet, deux anses grêles sont incarcerated en arrière du pédicule hépatique dans l'orifice de Winslow. Ainsi, l'occlusion est localisée dans l'arrière-cavité des épiploons. Les anses malades sont le siège de microperforations et présentent, en outre, des phénomènes d'accolement témoignant du caractère ancien de cette hernie dans l'hiatus de Winslow. Face à ce tableau, une résection des anses impliquées s'avère indispensable avec rétablissement immédiat de la continuité du système digestif. Le patient a bien évolué sans complication post-opératoire immédiate ou tardive.

Face à cette occlusion d'étiologie rare, une étude collégiale (médioco-radio-chirurgicale) post-opératoire des clichés de tomodensitométrie a été réalisée. Outre la distension hydroaérique intéressant le grêle à l'exception de sa dernière anse, on constate, sur les coupes transverses et coronales en phase portale, une hernie interne d'une anse grêle au travers de l'hiatus de Winslow vers l'espace hépato-gastrique. Celle-ci est accompagnée d'un épanchement satellite (Fig. 1, 2).

COMMENTAIRES

La hernie abdominale interne au travers de l'hiatus de Winslow est une pathologie rare qui ne représente que 6 à 10% de toutes les hernies internes. Ces dernières ne sont, quant à elles, responsables que de 1 à 3% des occlusions aiguës de l'intestin grêle (1-2).

(1) Chef de Clinique Adjoint, (2) Chef de Clinique, (4) Professeur Ordinaire, Chef de Service, Service des Urgences, CHU de Liège.
(3) Consultant, Service d'Imagerie Médicale, CHU de Liège.

Moins de 200 cas ont été répertoriés dans la littérature depuis 1834, date de la première observation par Blandin (3) à l'occasion d'une observation anatomopathologique.

En présence de la difficulté liée à la rareté de ce type de présentation, le diagnostic est souvent réalisé en per-opératoire (4).

La tomodensitométrie abdominale reste le meilleur examen diagnostique dans la pathologie occlusive. Il permet, dans ce cas précis, la mise en évidence d'un élargissement de l'espace inter-porto-cave (hiatus de Winslow), associé à la présence anormale d'un segment digestif dans l'arrière-cavité des épiploons.

Le traitement chirurgical immédiat consiste simplement en une réduction herniaire obtenue par traction sur les anses pathologiques (5). Malheureusement, compte tenu des difficultés diagnostiques, l'intervention est souvent retardée avec, pour conséquence, l'apparition de phénomènes d'ischémie et de perforations des anses herniées et, *in fine*, une fréquence relativement élevée des résections intestinales (6).

La plupart des auteurs ne sont pas en faveur de la fermeture, même partielle, du collet herniaire : les adhérences postopératoires assurent à elles seules la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chevalier P, Denys A, Schmidt S, et al.— Valeur du scanner dans l'occlusion mécanique de l'intestin grêle. *J Radiol*, 2004, **85**, 552-554.
2. Bruot O, Laurent V, Tissier S, et al.— Une hernie interne du caeco-côlon ascendant via le hiatus de Winslow explorée en coloscanner à l'eau. *J Radiol*, 2007, **88**, 393-396.
3. Blandin P.— *Traité d'anatomie topographique ou Anatomie des régions du corps humain* (2ème Ed.). Germer-Baillière, Paris, 1834, 680.
4. Pessaux P, Tuech J, Derouet N, et al.— Hernie interne : une cause rare d'occlusion intestinale. A propos de 14 cas. *Ann Chir*, 1999, **53**, 898-907.
5. Gibbaoui H, Arnalsteen L, Bougard V, et al.— Une occlusion intestinale par hernie à travers l'hiatus de Winslow. *Ann Chir*, 2001, **126**, 493-494.
6. Carli P, Riou B, Télion C.— *Hernies internes. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte*. Arnette, Deuxième édition, Paris, 2004, 522.
7. Maury E, Mercat A, et al.— *Hernies. Imagerie en réanimation*. Elsevier Masson, Paris, 2007, 233.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr V. D'Orio, Service des Urgences, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique
E-mail : V.DOrio@chu.ulg.ac.be