

LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

Dr TALBI .N
SERVICE DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER
SETIF

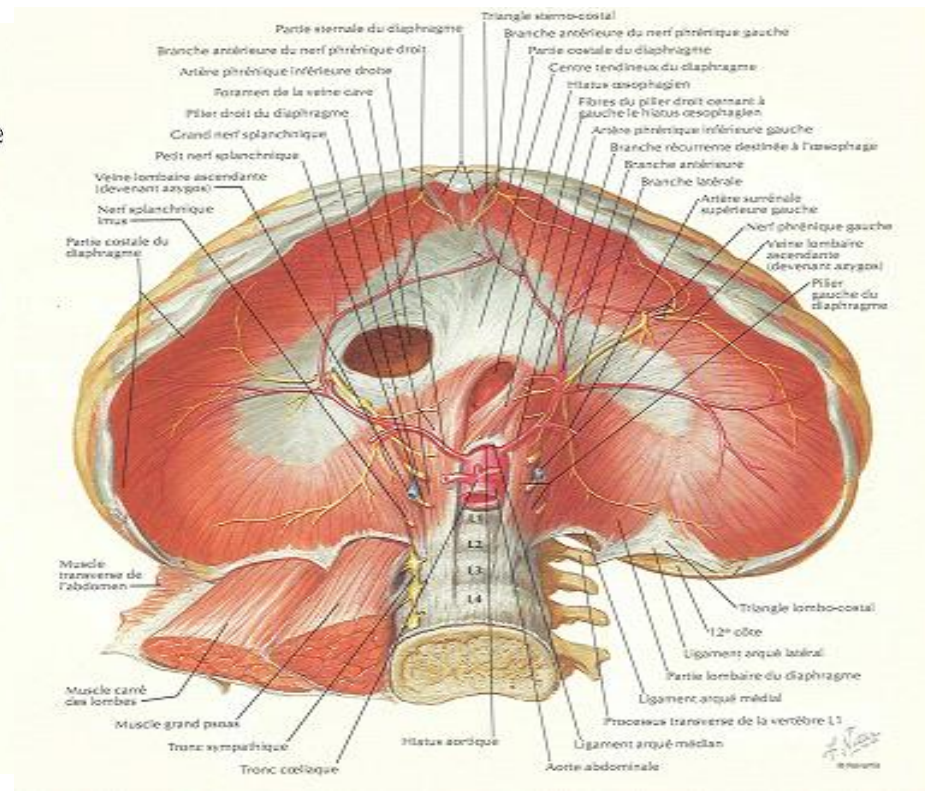
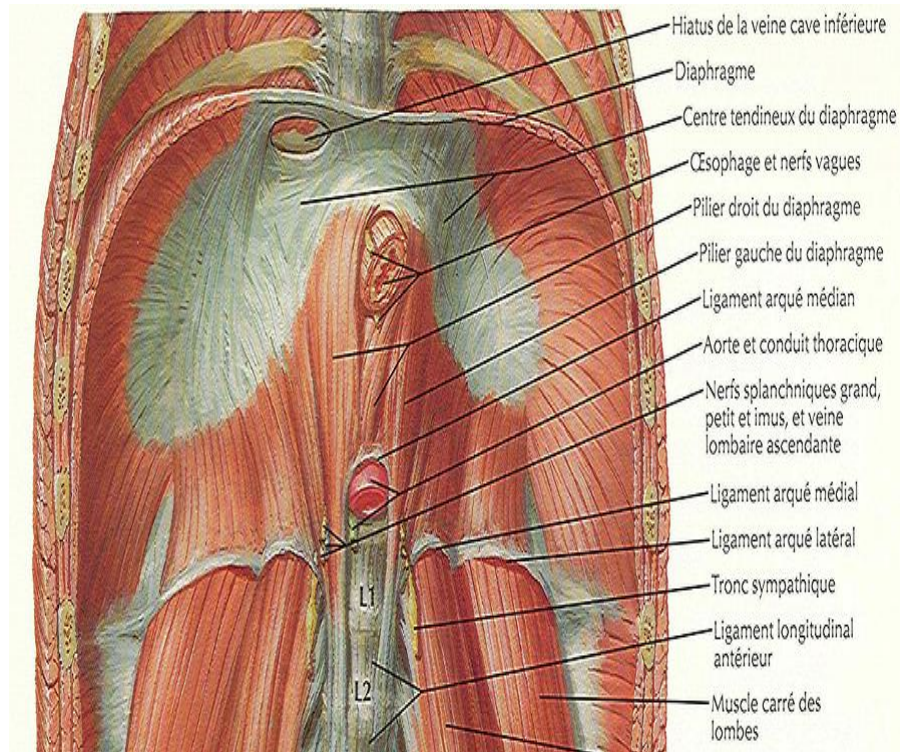
INTRODUCTION

DEFINITION

- Passage permanent ou intermittent des viscères abdominaux dans le thorax par un orifice diaphragmatique anormal:
- Orifice anormalement large: **HERNIE HIATALE**
- Orifice anormalement présent: **HERNIE CONGÉNITALE**
- Orifice secondaire à un traumatisme: **HERNIE TRAUMATIQUE**

RAPPEL ANATOMIQUE

- Le diaphragme est une cloison musculo-aponévrotique qui sépare le thorax de l'abdomen.
- C'est le muscle principal de la respiration.
- le diaphragme a la forme d'une voute concave en bas et en avant.
- La coupole droite reste toujours plus élevée que la gauche, la cavité abdominale remonte donc haut dans la cage thoracique.



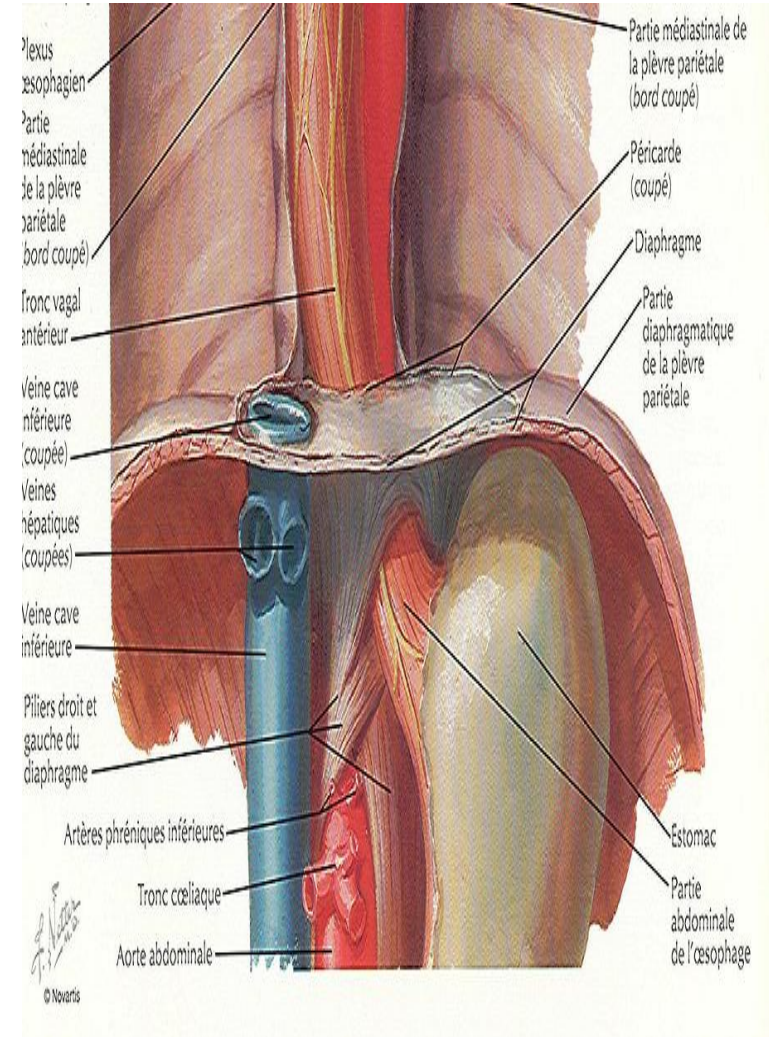
Le diaphragme présente trois orifices principaux et de nombreux orifices accessoires :

L'orifice de la veine cave inférieure

L'orifice aortique

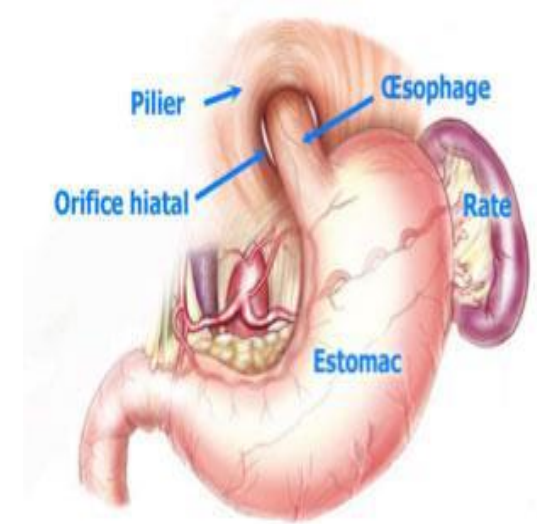
L'orifice ou hiatus œsophagien : il est musculaire extensible délimité par l'entrecroisement des piliers int du diaphragme; situé à la hauteur de D10, laisse passer:

- l'œsophage
- les nerfs pneumogastriques
- Des veinules qui réalisent une anastomose porto-cave entre le système azygos et coronaire stomachique
- Des lymphatiques



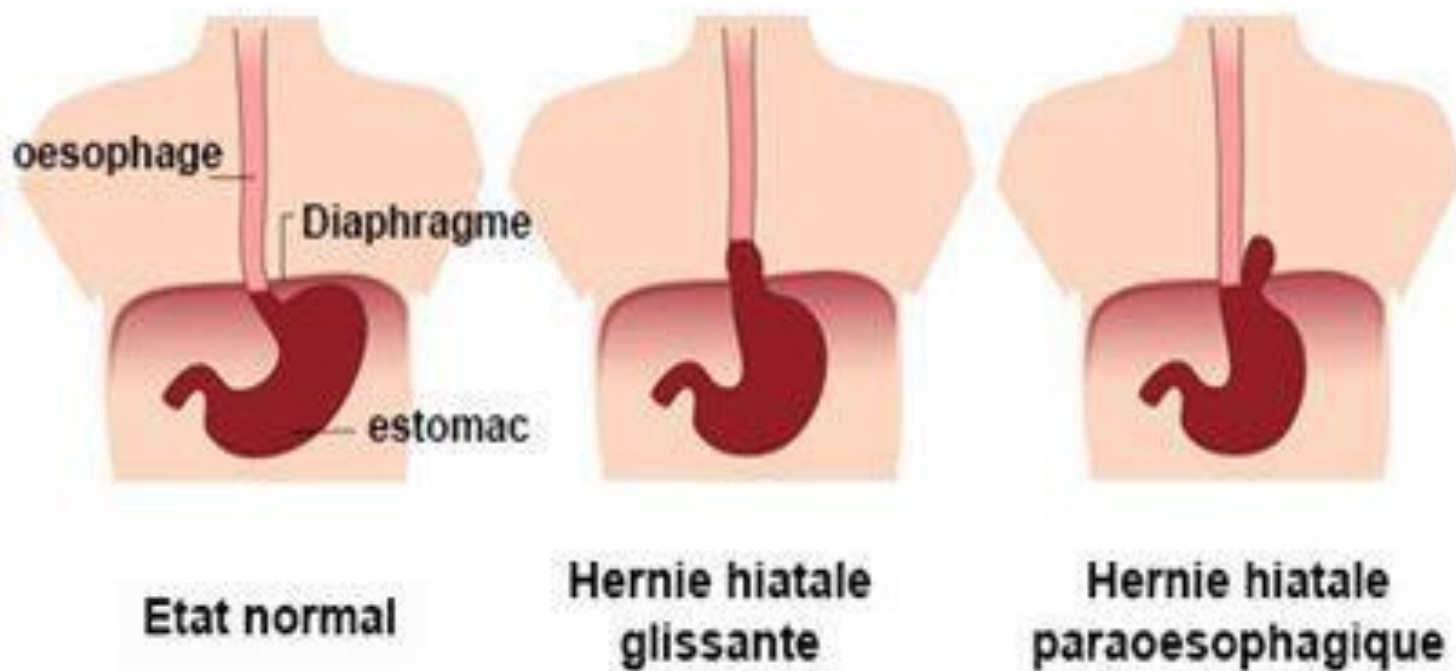
L'œsophage est retenu en place au niveau du hiatus œsophagien par la **membrane phréno-oesophagienne**

LES HERNIES HIATALES



- C'est un passage permanent ou intermittent d'une portion de l'estomac à travers l'orifice œsophagien du diaphragme (appelé hiatus œsophagien).
- Ce passage de la portion supérieure de l'estomac survient lorsque les moyens de fixation de l'estomac et de l'œsophage sont défailants.

Hernie hiatale



Rappel anatomo physiologique

- Le cardia est la jonction entre l'œsophage et l'estomac.
- La continence du cardia, c'est-à-dire sa capacité à maintenir le contenu gastrique ,est assuré par 03 mécanismes anti-reflux: - sphincter inferieur de l'œsophage ,véritable zone hypertonique ,localisée sur les 3 derniers cm - l'angle de hiss formé par l'axe de l'œsophage et celui de la grosse tubérosité -la contracture du diaphragme sur le cardia

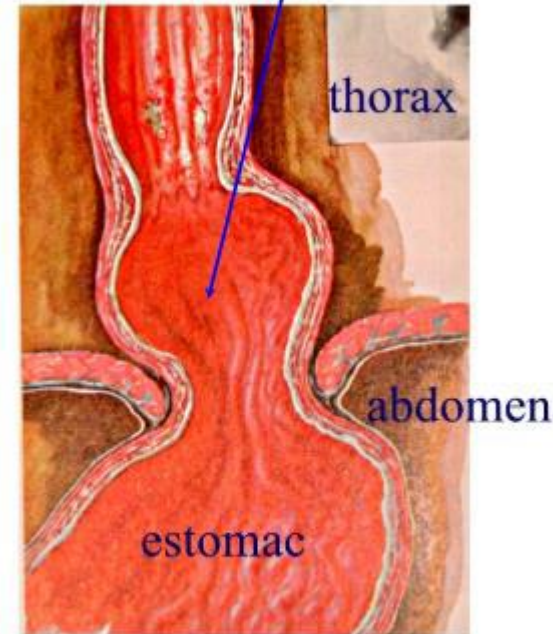
Classification

- Il existe de nombreuses classifications, mais la plus utilisée repose sur la position de la jonction œsogastrique, par rapport au diaphragme et séparant les HH en quatre types :
- **Type I** (aussi appelée hernie par glissement) : la jonction est remontée en intrathoracique et le fundus gastrique est en dessous de la jonction. L'estomac conserve son orientation longitudinale. Du point de vue physiopathologique, il n'y a pas de véritable orifice herniaire, mais plutôt une béance du hiatus. La membrane phrénéo-œsophagienne (aussi appelée membrane de Laimer), qui fixe normalement l'œsophage au muscle diaphragmatique est intacte, mais étirée, par la traction de l'œsophage.
- **Type II** (aussi appelée 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 de l'œsophage.
- **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).

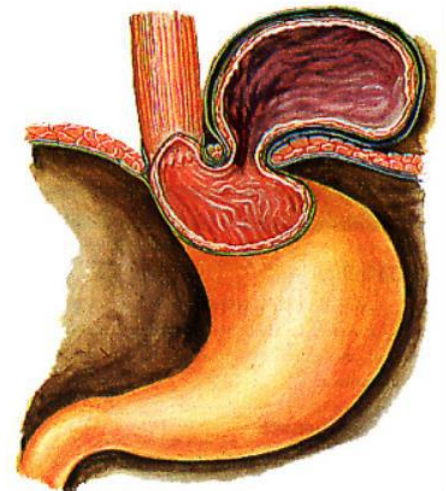
Clinique

- **Hernie hiatale par glissement :**
soit asymptomatique
soit symptomatique : signes du RGO
- **Hernie hiatale par roulement :** Les symptômes sont variables :
 - dyspepsie
 - des signes de RGO plutôt discret
 - dysphagie et parfois blocage alimentaire
 - symptômes cardio respiratoires (symptôme de compression des organes dans le thorax)
 - anémie ferriprive
 - douleur post prandiale de siège variable ,épigastrique voir thoracique
 - complication : étranglement herniaire (douleurs à la base du thorax, vomissement et impossibilité de s'alimenter).

hernie hiatale par glissement



collection Ciba



Examens complémentaires

une radiographie du thorax :

retrouve une image
aérique sus
diaphragmatique se
projetant en arrière
de l'opacité
cardiaque



Radiographie thoracique de face montrant une volumineuse hernie hiatale (niveau hydro-aérique en regard de l'aire cardiaque).

TOGD

- La hernie hiatale apparaît sous la forme d'une poche sus diaphragmatique faisant suite à l'œsophage et séparé de l'estomac par un collet

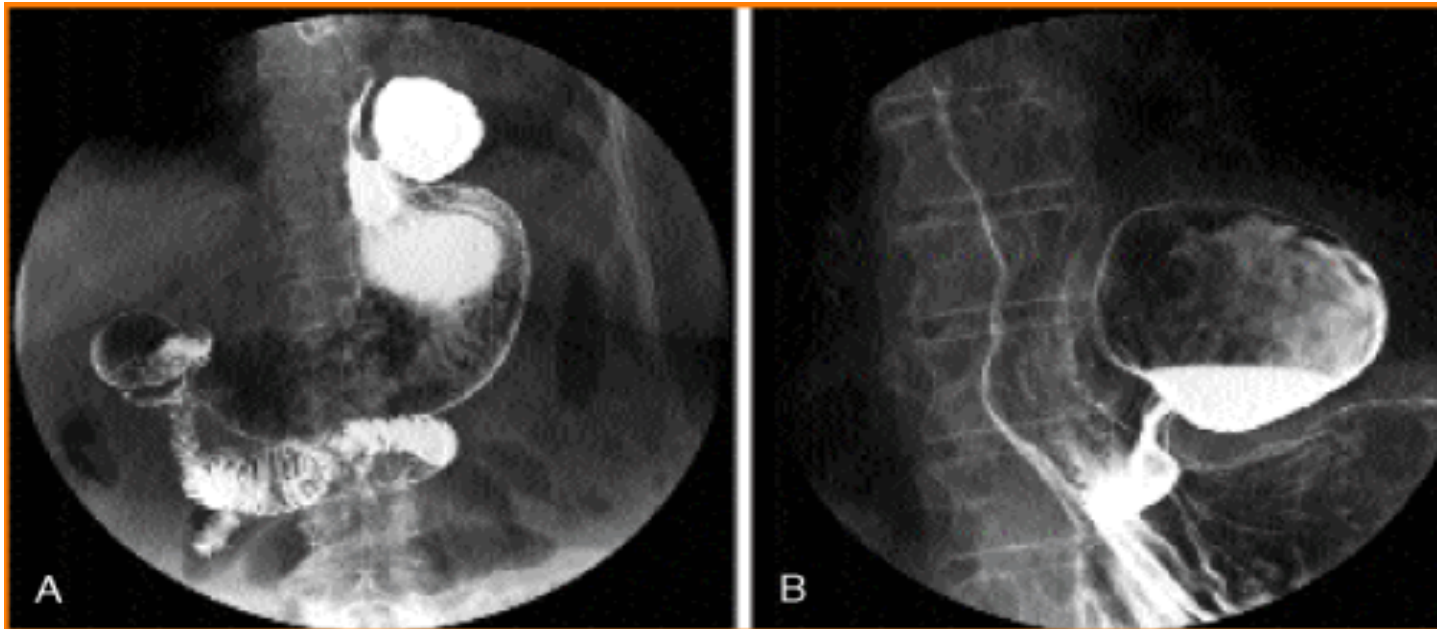


Fig. 5. Transit œso-gastro-duodénal.

A : Hernie hiatale parœsophagienne. B : remarquer la situation anatomique correcte de la jonction gastro-œsophagienne.

FOGD

- La mesure de la position de l'extrémité de l'endoscope par rapport aux arcades dentaires permet de définir la hauteur de la hernie hiatale.
- En retournement, l'orifice cardial apparaît élargi.
- Une ascension du cardia muqueux de 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'hiatus n'est pas nécessairement pathologique
- Pour rechercher des signes de complications (œsophagite peptique)

classification de Hill (en retro-vision):

- Grade 1 :la crête musculaire ou le manchon est étroitement lié et très rapproché à l'endoscope
- Grade 2 :le manchon commence à s'effacer, il est moins bien définie, avec début de l'ouverture de Hiss
- Grade 3: le manchon est à l'entrée de l'estomac il est à peine visible, avec souvent une fermeture incomplète de la lumière autour de l'œsophage
- Grade 4: absence de manchon ,la zone gastro-oesophagienne reste ouverte tout le temps

Grade I



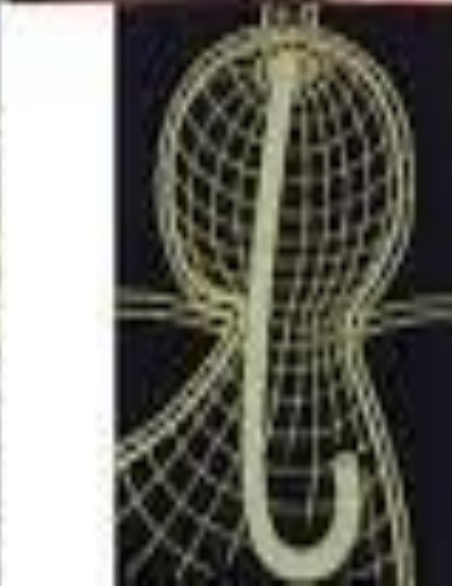
Grade II



Grade III



Grade IV



Scanner

- Peut également révéler une hernie hiatale non suspectée.
- Lorsqu'on suspecte une complication aiguë, il est capable de la prouver et de participer à en établir la gravité.
- Il est également extrêmement utile pour affirmer ou exclure d'autres pathologies éventuellement responsables des symptômes.

Complications

- Les complications des hernies hiatales par glissements sont celles du RGO
- Les complications des hernies hiatales para œsophagiennes(hémorragie digestive par ulcération, ischémie voire nécrose du collet avec perforation ,étranglement ,volvulus de l'estomac)

Traitement

Règles hygiéno-diététiques

- Au niveau alimentaire, la personne devra changer son mode d'alimentation en consommant moins de matière grasse, de café, le tabac, les boissons gazeuses.
- Faire un régime si une obésité est constatée.
- Eviter toutes compressions : ceinture ou vêtements trop serrés.

Traitement médical

- Pour neutraliser le contenu acide de l'estomac: anti acide sous forme de gel, sirop, poudre;
- Pour protéger la muqueuse de l'œsophage: des alginates qui surnagent dans l'estomac en milieu acide
- Pour diminuer la sécrétion acide de l'estomac: des IPP (inhibiteurs de la pompe à protons)

Traitement chirurgical

- si échec du traitement médical
- si dépendance au traitement médical
- si complications aiguës (étranglement ou volvulus de l'estomac en cas de hernie par roulement).

Traitement de la hernie par glissement

Le plus souvent par coelioscopie:-réduire la hernie hiatale-repositionner la jonction entre l'estomac et l'œsophage (le cardia) sous le diaphragme-resserrer l'orifice hiatal-valve anti reflux partielle ou totale (opération de NISSEN valve circulaire 360 °) ou opération de TOUPET (hémi valve postérieure 180 °)

Traitement de la hernie hiatale par roulement

Le plus souvent sous coelioscopie:-repositionner l'estomac dans l'abdomen-resserrer l'orifice hiatal-valve anti reflux partielle ou totale

LES HERNIES CONGENITALES

- La hernie congénitale de la coupole diaphragmatique (HCCD) se définit par l'absence de développement de tout ou d'une partie d'une coupole diaphragmatique, cette anomalie entraîne la présence dans le thorax de certains viscères abdominaux (estomac ; intestin grêle ; colon ; rate ; foie) aux moments cruciaux du développement pulmonaire fœtale

- Généralement, la brèche diaphragmatique est gauche (80 %) et postéro-latérale (85 %), il s'agit de la hernie de **Bochdalek**.
- Le défaut diaphragmatique est responsable de l'ascension des viscères abdominaux dans la cavité thoracique. Ils provoquent :
- une hypoplasie pulmonaire constante, bilatérale, prédominant du côté de la HDC et d'autant plus importante que la hernie survient tôt dans la gestation
- une réduction du nombre de vaisseaux pulmonaires, responsable d'une HTAP
- une possible immaturité pulmonaire avec des anomalies quantitatives et qualitatives du surfactant
- une hypoplasie du ventricule gauche dans les formes majeures de HDC gauche.
- L'association à des degrés divers de ces anomalies anatomiques et fonctionnelles explique la grande variabilité dans la symptomatologie à la naissance.

Défauts de formation du diaphragme

- Absence de fermeture d'une des membranes pleuro péritonéale avec septum transversum--- hernie postéro latérale par le foramen de BOCHDALEK
- Défaut de fusion du septum transversum et la paroi antérieur hernies retro sternales par le foramen de MORGAGNI

CLINIQUE

Anténatale

- Le diagnostic est généralement posé en anténatal lors d'une échographie devant la mise en évidence des organes herniés dans le thorax, souvent associés à une déviation du cœur et à un hydramnios.
- L'IRM foétale évalue le degré d'hypoplasie pulmonaire. Le diagnostic anténatal permet de dépister les formes graves de la maladie et de proposer une prise en charge adaptée.
- Le pronostic reste globalement sévère avec un taux de mortalité néonatale de 30 à 60 %. La mortalité est secondaire à l'hypoplasie pulmonaire et à l'HTAP persistante .

- Dans un peu plus de la moitié des cas, la HDC est isolée
- Dans 40 % des cas, il existe des malformations associées (cardiopathies, fentes labio-palatines, anomalies du système nerveux central, rénales ou osseuses), et/ou des anomalies chromosomiques (trisomie 18 ou 13).
- Les formes syndromiques ont un pronostic plus sombre et elles peuvent entraîner une interruption médicale de grossesse.
- La moitié des enfants vivants auront des complication

A la naissance

Syndrome de detresse respiratoire

Le taux de mortalité des hernies diaphragmatique isolées 30%

Chez l'adulte

- Asymptomatique de découverte fortuite
- Symptômes non spécifiques respiratoire et digestifs
- Complication aigue d'emblée :occlusion...

DIAGNOSTIC

- TLT
 - OPACIFICATION DU TUBE DIGESTIF
 - TDM
-
- Montre la présence d'anses grêles et de colon dans le thorax

Les hernies antérieures ou retro costoxiphoidienne de MORGAGNI et LARREY

- Les hernies du hiatus sternocostal droit= hernie de MORGAGNI
- Les hernies du hiatus sternocostal gauche= hernie de LARREY

TRAITEMENT

- Mesure de réanimation a la naissance
- Chirurgical par laparotomie ou laparoscopie vasant a :
- Réintégrer les viscères abdominaux
- Fermeture de la brèche diaphragmatique

LES HERNIES TRAUMATIQUES

- La hernie diaphragmatique post-traumatique est une complication classique des traumatismes abdominaux et thoraco-abdominaux.
- Fréquence : La rupture du diaphragme est une pathologie rare. Elle est présente chez 0,2 à 4 % des traumatisés hospitalisés pour une contusion thoracique et/ou abdominale
- Age : La rupture du diaphragme est le plus souvent une lésion de l'adulte jeune, vu que cette tranche d'âge est plus exposée aux accidents de la voie publique et de travail et aux agressions.
- Sexe : La prédominance masculine

- La hernie diaphragmatique traumatique de la coupole gauche est la plus fréquente (80 a 90% cas) et contient le plus souvent l'estomac et le colon transverse.

Deux types de hernie:

- Hernie récente dans la période qui suit le traumatisme
- Hernie secondaire a un traumatisme ancien passée inaperçue

ETIOLOGIES

Les causes de la rupture du diaphragme sont représentées par:

- Traumatismes fermés : accident de la voie publique, chute, écrasement...
- Traumatismes ouverts: plaie par arme blanche, plaie par arme à feu.

CLINIQUE

Hernie récente

- Contexte de traumatisme évident
- Association de signes: hémoptysie, hémothorax, PNO, douleur et sensibilité abdominale
- Bilan lésionnel fait par: TLT, ASP, ECHO, TDM.

Hernie secondaire

- le traumatisme est passée inaperçue
- Le motif de consultation: troubles cardiorespiratoires, signes digestifs , dysphagie , ballonnement , douleur , syndrome occlusif.
- Bilan lésionel fait par: TLT, ASP, ECHO, opacification digestive , TDM.

TRAITEMENT

- **Hernie récente** simple réintégrer les viscères et fermer la brèche
- **Hernie secondaire** complexe même principe mais nécessite parfois un abord thoracique pour libérer les adhérences intra thoracique