

LES HERNIES HIATALES

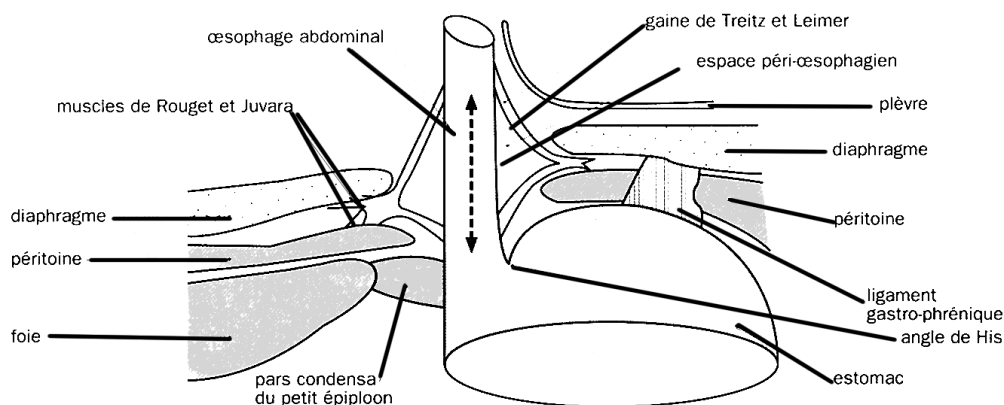
I/ DEFINITION :

La hernie hiatale désigne le passage d'une portion de la partie supérieure de l'estomac dans le thorax à travers l'orifice hiatal du diaphragme.

Elle se produit à la faveur de modifications anatomiques régionales sous l'action de la poussée abdominale et de l'aspiration thoracique. Elle est plus fréquente chez la femme et après 50 ans.

II/ RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES :

- L'orifice hiatal est un anneau musculaire à travers lequel l'œsophage passe dans le diaphragme pour rejoindre immédiatement l'estomac.
- Le cardia est la jonction entre l'œsophage et l'estomac.
- Le segment œsogastrique est fixé aux structures avoisinantes par des ligaments.
- La continence du cardia, c'est à dire sa capacité à maintenir le contenu gastrique, est assurée par trois mécanismes anti-reflux :
 - Le sphincter inférieur de l'œsophage, véritable zone hypertonique, localisée sur les 3 derniers centimètres de l'œsophage.
 - L'angle de Hiss formé par l'axe de l'œsophage et celui de la grosse tubérosité gastrique.
 - La contraction du diaphragme sur le cardia.



la reposition de l'œsophage dans l'abdomen et la confection d'une fundoplicature sont les principes du traitement chirurgical du reflux gastro-œsophagien

III/ CLASSIFICATION :

1) Hernie hiatale par glissement ou hernie cardio-tubérositaire :

Elle représente 90% des cas.

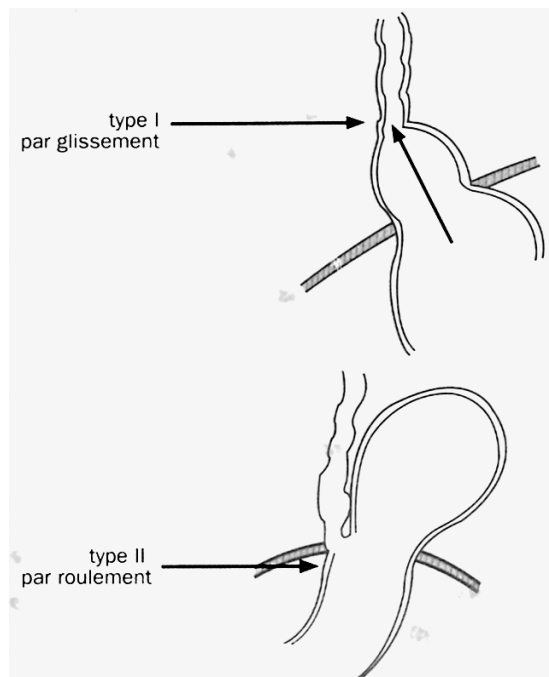
Elle se forme par relâchement des moyens de fixation. Le cardia ascensionne dans le thorax, de même que la partie supérieure de l'estomac.

Les trois mécanismes anti-reflux sont altérés.

La conséquence est le reflux gastro-oesophagien, responsable des symptômes.

2) Hernie par roulement ou para-oesophagienne :

Elle est plus rare. Le cardia reste en situation normale. L'orifice hiatal est élargi, ce qui permet le passage de la partie supérieure de l'estomac dans le thorax à côté de l'œsophage, les 3 mécanismes anti-reflux restent efficaces. Les symptômes sont liés au volume gastrique présent dans le thorax.



IV/ CLINIQUE :

A/ Signes fonctionnels :

Ils sont dus au reflux gastro-oesophagien, lui-même secondaire à la hernie hiatale.

1) Troubles digestifs :

- Douleur épigastrique à type de brûlure ;
- Régurgitation acide ;
- Pyrosis : sensation de brûlure traçante rétro sternale, partant de l'épigastre jusqu'à la région cervicale, favorisée par certaines circonstances comme les repas, le décubitus dorsal et l'antéflexion du tronc (signe du lacet).

2) Troubles cardiaques :

- Précordialgies pouvant simuler une crise d'angor ;
- Palpitations ;

3) Troubles respiratoires :

- Accès de dyspnée car une hernie de gros volume peut refouler le cœur et les poumons ;
- Quinte(s) de toux souvent nocturne(s) ;
- Broncho-pneumopathie(s) par inhalation de liquide régurgité ;

B/ Examens complémentaires :

1) Examens radiologiques :

- Radiographie thoracique : les hernies volumineuses donnent une image aérienne sus-diaphragmatique se projetant en arrière de l'opacité cardiaque ;
- Transit œsogastroduodénal (TOGD) : la hernie apparaît sous la forme d'une poche sus diaphragmatique faisant suite à l'œsophage et séparé de l'estomac par un collet ;

2) Examens endoscopiques :

L'œsogastroscope a un double intérêt. Elle reconnaît la hernie et mesure son volume. Elle permet de préciser les lésions de l'œsophage dues au reflux gastro-oesophagien.

3) Explorations fonctionnelles :

- Manométrie œsophagienne : elle est utile pour déterminer le tonus du sphincter inférieur ;
- pHmétrie : la mesure du pH de l'œsophage rend compte de l'existence ou non du reflux gastro-oesophagien acide ;

V/ EVOLUTION :

Les hernies hiatales peuvent être à l'origine de plusieurs complications.

- Oesophagite peptique pouvant conduire à une sténose de l'oesophage ;
- Anémie par saignement occulte minime ;
- Hémorragie digestive extériorisée par une hématemèse ou/et un méléna ;
- Etranglement herniaire ;
- Volvulus gastrique, correspondant à une torsion de l'estomac lorsque la partie intra thoracique est très volumineuse ;

VI/ TRAITEMENT :

A/ Traitement médical :

Il a deux objectifs. Celui de diminuer le reflux et celui de traiter ses conséquences.

1) Règles hygiéno-diététiques :

- Suppression de l'alcool, du tabac et des boissons gazeuses ;
- Eviter le décubitus dorsal (surélever la tête du lit) ;
- Limiter tout facteur d'hyperpression abdominale (ceinture, corset, obésité).

2) Médicaments :

- Anti-acides : sels d'aluminium et de magnésium (hydroxyde d'aluminium+ hydroxyde de magnésium= Maalox°, phosphate d'aluminium= Phosphalugel°) ;
- Anti-sécrétoires : anti-H2 ou inhibiteur de la synthèse acide (cimétidine= Tagamet° ; famotidine= Pepdine° ; nizatidine= Nizaxid° ; ranitidine= Raniplex ou Azantac°) ;
- Suspensions anti-reflux, constituées d'un mélange d'argile et d'anti-acide (Alginates+bicarbonate de sodium= Gaviscon°, Topaal°) ;
- Anti-émétique (métoclopramide= Primpéran° ; dompéridone= Motilium° ou Périidys°), qui paraît renforcer le tonus du sphincter inférieur.

B/ Traitement chirurgical :

Il est indiqué dans les hernies par roulement, dans les hernies par glissement en cas d'oesophagite ou de complication hémorragique. Plusieurs techniques sont utilisées et comportent une réduction de la hernie, une fermeture de l'orifice hiatal et la confection d'un dispositif anti-reflux.

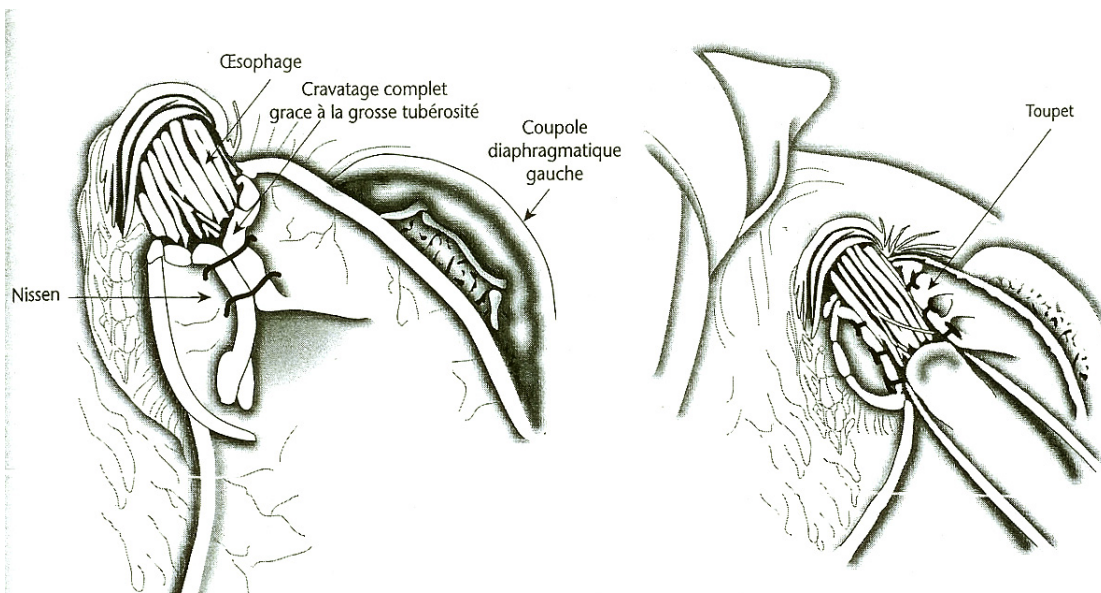
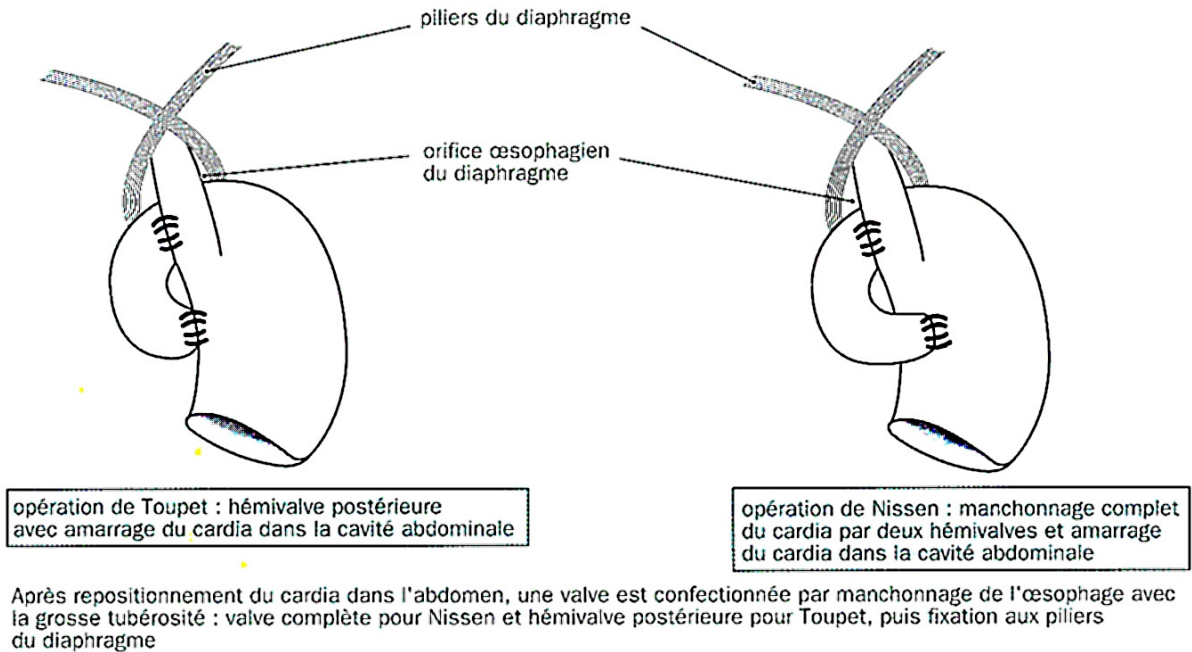


Figure 3. Les deux principaux types de fundoplicatures chirurgicales utilisées dans le traitement du reflux gastro-œsophagien.

VII/ SITUATION PRATIQUE