

Hernie gastroduodénale à travers la ligne blanche révélée par une hémorragie digestive

La hernie épigastrique est une forme rare des hernies de la paroi abdominale. Son collet est souvent petit autorisant une extériorisation de la graisse pré péritonéale uniquement. La hernie de l'estomac à travers la ligne blanche est extrêmement rare. Nous rapportons l'observation d'une hernie de la ligne blanche contenant l'estomac et une partie du duodénum compliquée de deux ulcères mécaniques et révélée par une hémorragie digestive.

Observation

Patiente âgée de 72 ans, aux antécédents d'hypertension et de gonarthrose, hospitalisée pour prise en charge d'une hémorragie digestive extériorisée sous forme de méléna associée à des épigastralgies, à des vomissements alimentaires post prandiaux précoces, évoluant depuis deux mois avant son hospitalisation dans un contexte d'amaigrissement non chiffré. A l'examen, l'état hémodynamique était stable, l'état général était conservé avec un BMI : 25.5 Kg/m², les conjonctives étaient pales avec présence d'une large hernie épigastrique avec un collet faisant 5 cm de grand axe avec une tuméfaction sus-ombilicale, indolore, réductible, impulsive à la toux. Au toucher rectal, on objectivait un méléna et le lavage gastrique était positif. A la biologie on notait une anémie normochrome normocytaire à 6,6 g/dL. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale (OGD) avait conclu à la présence d'une oesophagite peptique grade A de Los Angeles sans stigmates de saignements récents associée à une sténose médio-gastrique difficilement franchissable par le fibroscope, bordée de part et d'autre de 2 ulcères très creusants de 25 et 10 mm de diamètre Forrest III. L'examen anatomopathologique ne montrait pas de signes de malignité et concluait à la présence d'une gastrite chronique atrophique et active avec présence de métaplasie intestinale sans *helicobacter pylori*. Après correction de l'anémie, mise sous inhibiteurs de la pompe à protons, une deuxième endoscopie avec une deuxième série de biopsie étaient réalisées avec les mêmes constatations et absence de tumeur. Le transit OGD montrait une sténose partielle médio-gastrique avec un passage correct, une anomalie de position gastrique dans le plan frontale faisant évoquer un volvulus sur l'axe horizontal et un aspect dysmorphique de la région antro-pylorique avec toutefois un bon passage gastroduodénal (figure n°1, 2). Au scanner, on objectivait une hernie épigastrique de la ligne blanche, à large collet (43 mm), contenant une partie de l'antre, le pylore, le bulbe et une partie de D1 associée à un épaississement pariétal gastrique circonférentiel régulier en amont de la portion herniée (figure n°3, 4) et une lithiase vésiculaire non compliquée. Ainsi le diagnostic d'une large hernie épigastrique à l'origine de plusieurs épisodes d'engouement gastrique à travers un large collet et responsable d'ulcères gastriques d'origines ischémiques compliqués d'hémorragie digestive était retenu. La patiente était opérée avec en per-opératoire, le sac herniaire contenait l'épiploon, dont la traction douce ramenait très facilement l'antre gastrique, le pylore, le bulbe duodénal et une

partie du duodénum (figure n°5, 6), l'estomac était sans anomalies. Il n'y avait pas d'adhérences péritonéales du cadre duodénal qui paraissait très mobile. Le geste opératoire consistait en une cholécystectomie associée à la mise en place d'une prothèse de polypropylène de 30 x 20 cm, placée en rétro-musculaire, pré aponévrotique, fixé sur la ligne blanche externe et sur le processus xiphoïde (figure n°7). Les suites opératoires étaient simples avec résolution des symptômes.

Figure 1 : sténose partielle médio-gastrique avec probable volvulus partiel de l'estomac dans l'axe horizontal.



Figure 2 : Aspect dysmorphique de la région antro-pylorique avec un passage correct gastro-duodénal.



Figure 3 : Coupe scannographique abdominale montrant une hernie de la ligne blanche à large collet et contenant l'antre et le pylore.



Figure 4 : Coupe scannographique montrant la hernie de la ligne blanche contenant l'antre, le pylore, le bulbe et une partie du duodénum



Figure 5 : Vue per-opératoire montrant le sac herniaire ouvert à contenu épiploïque et gastrique.

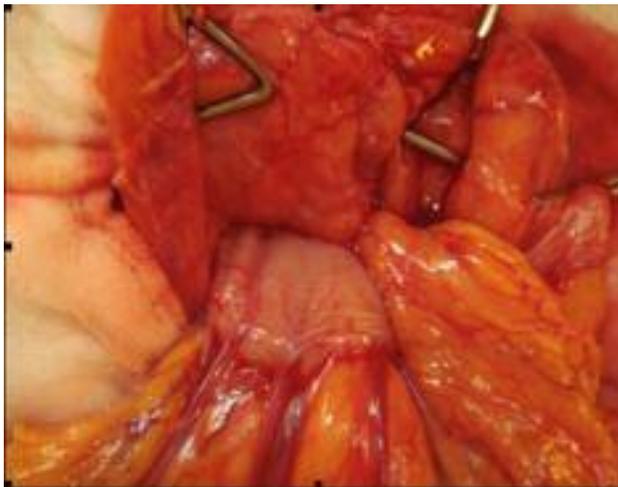


Figure 6 : Vue per-opératoire montrant le sac herniaire ouvert avec présence à son niveau l'estomac et le duodénum ascensionnés

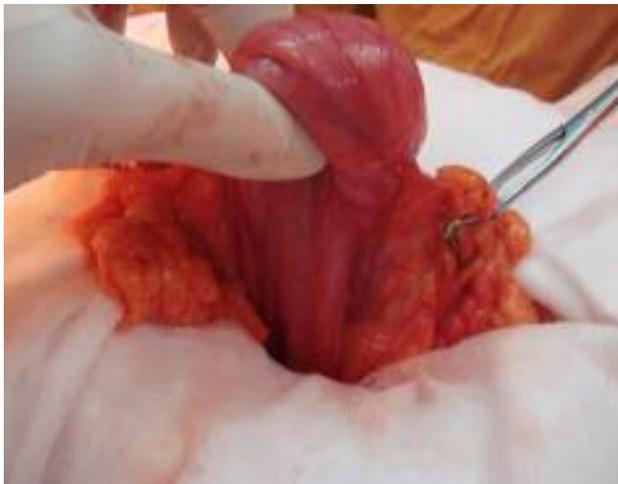


Figure 7 : Vue finale per-opératoire montrant une prothèse rétro musculaire pré aponévrotique.



Conclusion

La hernie épigastrique avec présence de l'estomac dans le sac herniaire est exceptionnelle. Seulement 7 cas de hernie de l'estomac à travers ligne blanche ont été rapportés (1-7), trois compliqués d'occlusions (1, 3, 5), deux de perforation de l'estomac (4, 6) et deux d'incarcération de l'estomac (2, 7). Nous rapportons le huitième cas dans la littérature qui a la particularité d'être révélé par une hémorragie digestive . La rareté d'engagement de l'estomac dans le sac herniaire est sans doute en rapport avec la fixité de l'estomac par les attachements ligamentaires. Dans notre observation, la laxité ligamentaire du sujet âgé probablement associée à un défaut d'accolement de l'estomac et du duodénum pourrait expliquer la hernie de l'estomac à travers la ligne blanche. La plastie prothétique pour les orifices de plus de 2 cm est l'approche chirurgicale la plus préconisée avec de bons résultats, une faible morbidité et un faible taux de récurrence.

Références

- 1- Cheung HY, Siu WT, Yau KK et al. Incarcerated epigastric hernia, a rare cause of gastric outlet obstruction. J Gastrointest Surg. 2004;8 :1111-3.
- 2- Serour , Amsterdam E, Levi S et al. Gastric involvement in an epigastric hernia. AJR Am J Roentgenol 1989;152:893-4.
- 3- Arowolo OA, Ogundiran TO, Adebamowo CA. Spontaneous epigastric hernia causing outlet obstruction: a case report. Afr J Med Sci. 2006;35:385-6.
- 4- Johnson CA, Dufresne CR, Bulkley GB. Extrabdominal perforation of gastric ulcer: a complication of incarcerated epigastric hernia. Am Surg 1980;46:418-21.
- 5- Povstianoi NE. Stangulation of the stomach in hernia of line alba. Vestn Khir Im I I Grek.1956;77:95-6.
- 6- Coulter B, Cloots V, Maldague P et al. Gastroduodenal ulcer perforating in epigastric hernia. JBR-BTR 2002;85:264.
- 7- Polock L. Epigastric hernia with gastro-pyloro-duodenal incarceration, A propos of a case. Dia Med 1964;36:394-5.

O Hellara1, F Noomène2, N Ben Chaabène1, W Mnari3, A Mahmoudi2, A Abdelmoula 1, W Ben Mansour1, H Loghmani1, W Melki1, F Bdioui1, L Safer 1, H Saffar1.

1 : service de gastro-entérologie hôpital universitaire Fattouma Bourguiba Monastir.

2 : service de chirurgie générale hôpital universitaire Fattouma Bourguiba Monastir

3 : service de radiologie hôpital universitaire Fattouma Bourguiba Monastir