

homme 81 ans ; vomissements itératifs avec pesanteur épigastrique évoluant depuis plusieurs semaines ; la fibroscopie haute trouve une importante stase dans un estomac distendu . une opacification haute par hydrosolubles iodés montre les images suivantes

A. OLIVER



T=0



T=10 min



T=2 h

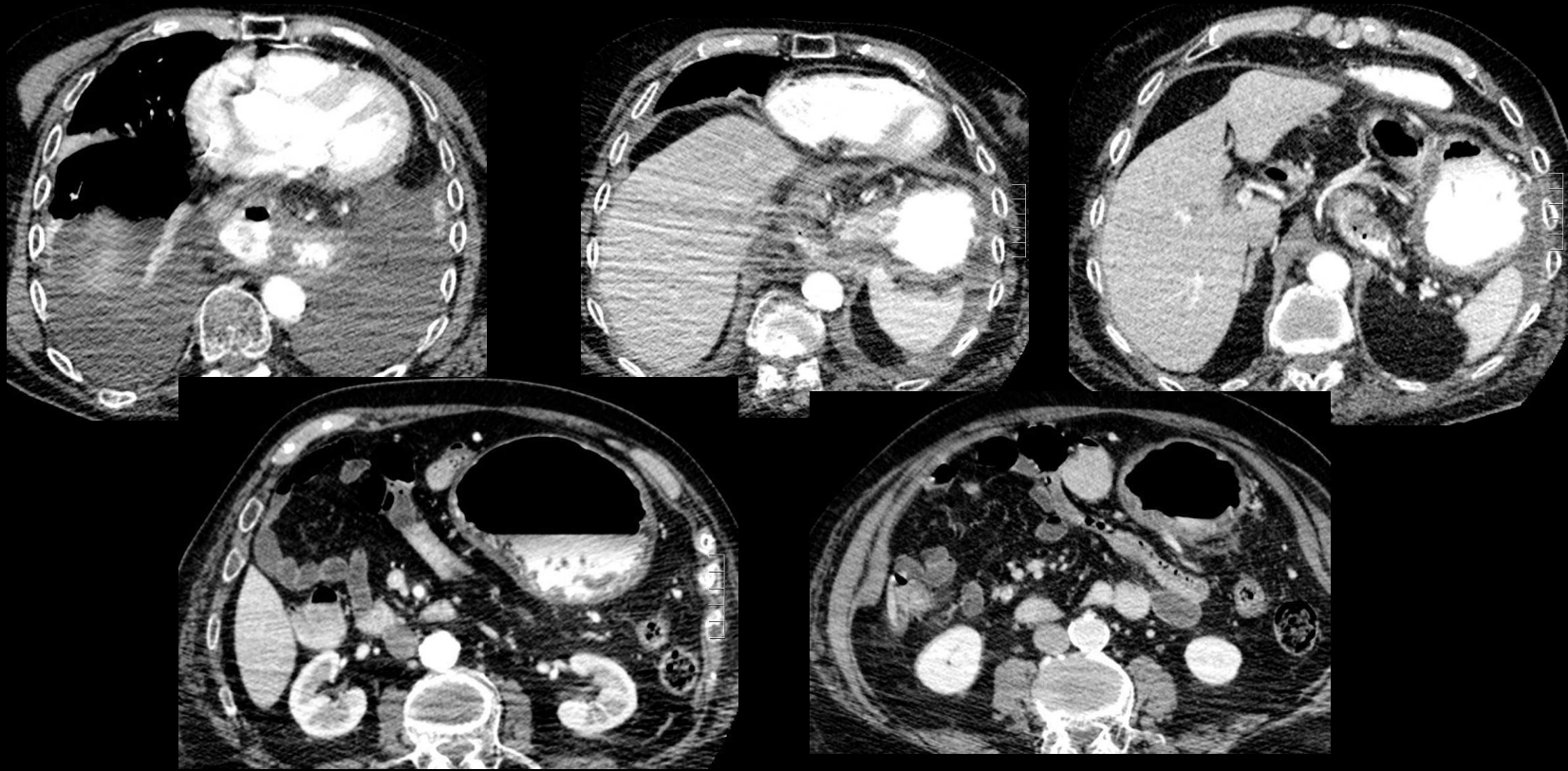
décrivez les principales anomalies observées sur ces images



une partie de l'estomac se situe au dessus de l'hémi coupole diaphragmatique gauche elle est reliée au reste de l'estomac par une sténose circonférentielle régulière qui évoque avant tout le collet d'une hernie hiatale .

à e stade il est difficile d'en dire plus car pour préciser le type de hernie hiatale , il faut impérativement préciser le siège de la jonction oeso-gastrique .

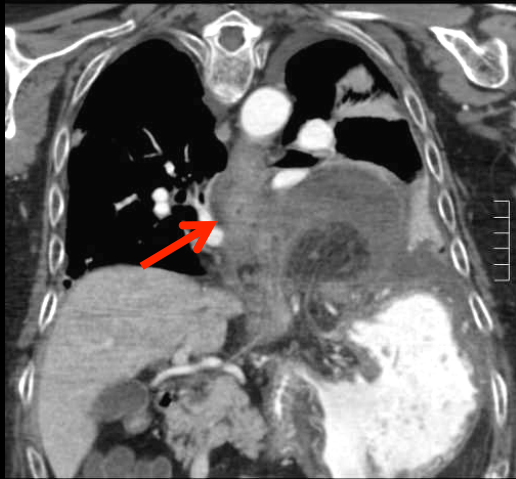
quelques jours plus tard , le tableau s'aggrave brutalement , justifiant la réalisation d'un scanner avec balisage du tractus digestif supérieur aux iodés hydrosolubles dilués ; la question reste posée : a quel type de hernie hiatale avons-nous à faire ? quel est le type de complication



la démarche heuristique (qui conduit à trouver la solution de façon active , par l'analyse et le raisonnement : (h)eurêka d'Archimède....) passe par les mêmes étapes

- .identifier le type de pathologie ; ici hernie hiatale
- .déterminer son type pour savoir à quelle(s) complication(s) on peut s'attendre

donc la question primordiale est de savoir si le cardia est en position normale ou s'il est ascensionné dans le thorax



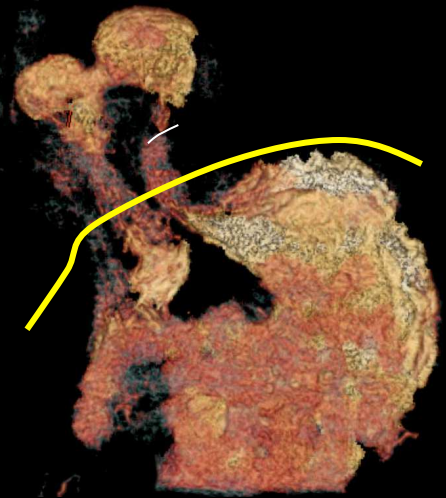
la réponse était délicate sur les coupes axiales ; les reformations frontales permettent un suivi pas à pas de l'œsophage ,situant sans trop d'efforts d'imagination le cardia en position normale , sous diaphragmatique ; il s'agit donc bien d'une hernie par roulement intéressant la partie droite (antre et partie adjacent du corps) de l'estomac.

zone antro-pyloro-bulbaire et
partie basse du corps
gastrique en situation
thoracique avec grande
courbure en position haute



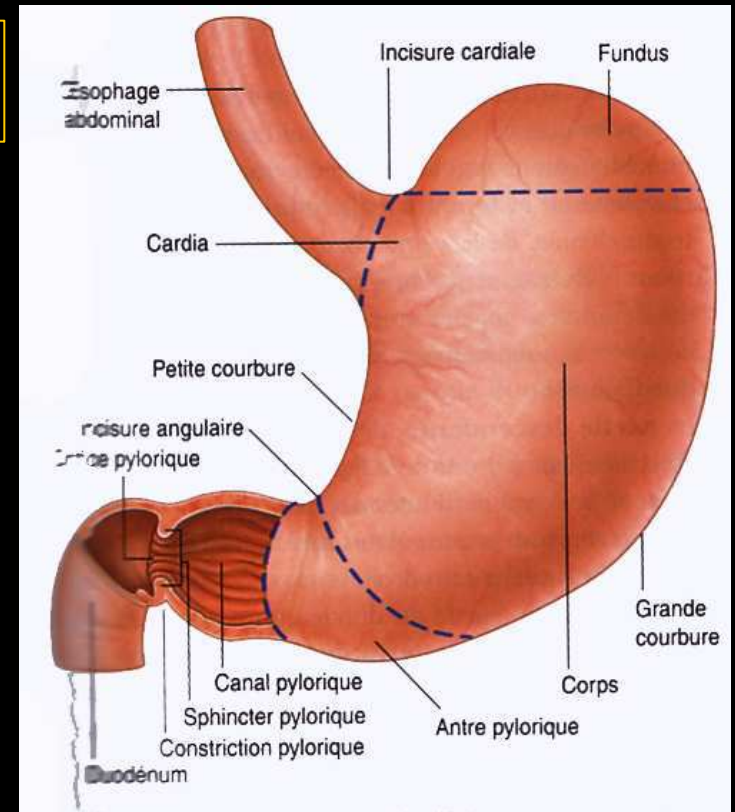
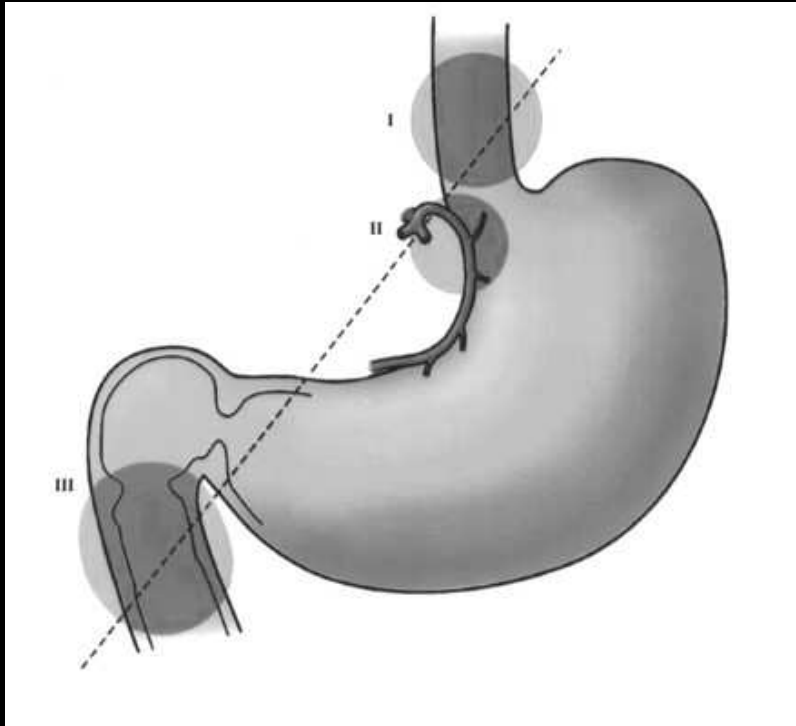
cardia en situation normale ,
sous diaphragmatique

grosse tubérosité
(fundus) et partie
haute du corps
gastrique en situation
normale , sous
diaphragmatique



Hernie hiatale par roulement avec volvulus mésentérico-axial de la partie droite de l'estomac.
région antro-pyloro-bulbaire et partie basse du corps (au dessus de la ligne diaphragmatique
"virtuelle ").

Hernies hiatales et volvulus gastriques: rappels anatomiques et physiopathologiques



Position normale de l'estomac. Le grand axe de l'estomac passe par 3 points anatomiques

I = face postérieure du bas œsophage,

II = artère gastrique gauche

III = fixation rétro péritonéale du duodénum.

Points relativement immobiles

au cours des hernies diaphragmatiques, l'estomac, mal fixé, peut faire une rotation sur l'un de ces axes. On ne parle de "volvulus gastrique" qu'en cas de retentissement mécanique et d'occlusion

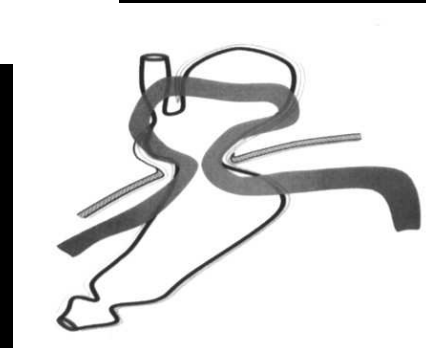
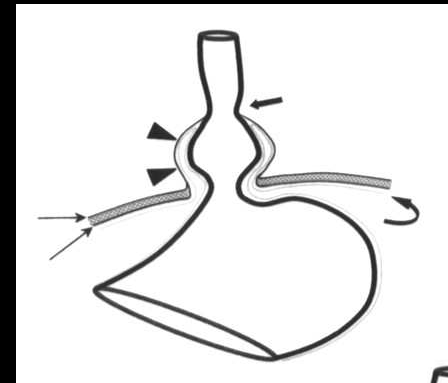
on décrit **4 types de hernie hiatale** (protrusion d'une partie de l'estomac dans le diaphragme à travers le hiatus œsophagien):

- type 1 (85%): **hernie hiatale par glissement** ou **axiale**
Jonction oeso-gastrique (cardia) déplacée dans le thorax.
La membrane oeso-diaphragmatique (réunion des fascias sus et sous diaphragmatique) est amincie, étirée sans defect.
association au dysfonctionnement du SIO >> FGO

- type 2 (5 %): **hernie hiatale par roulement** (ou para œsophagienne)
fundus +- autre portion de l'estomac herniée dans le thorax par un defect antérieur et latéral de la membrane oeso-diaphragmatique. **La jonction oeso-cardiale reste en position normale sous diaphragmatique**

- type 3 (10 %): **hernie hiatale mixte**
déplacement du cardia et du fundus. Plus fréquente que la hernie par roulement pure. **Risque important de rotation gastrique organo-axiale**

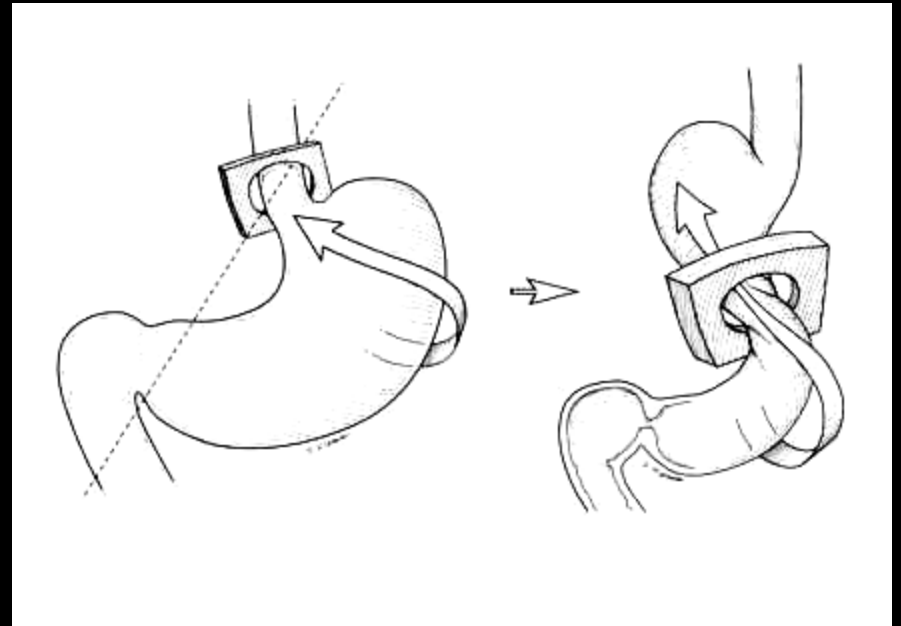
- type 4: **hernie hiatale associée à une hernie viscérale** autre que l'estomac (colon transverse +++ ; grand omentum ...)



2 types de malrotation gastrique:

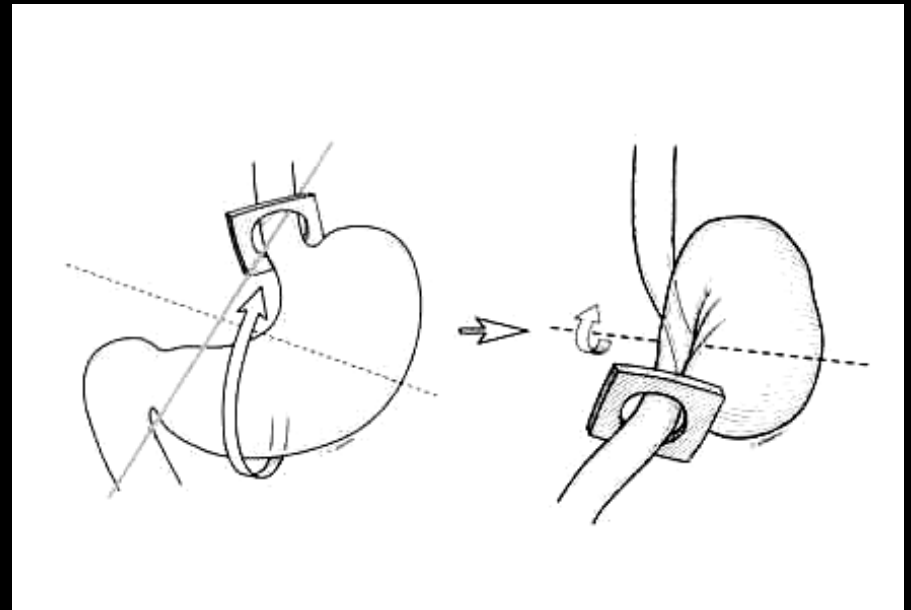
-Rotation organo-axiale associée à une hernie mixte

type de rotation le plus fréquent car la grande courbure est l'élément le plus mobile : rotation essentiellement antérieure (exceptionnellement postérieure)



-Rotation mésentérico-axiale.

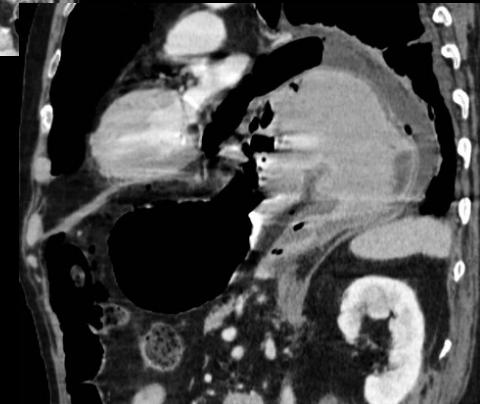
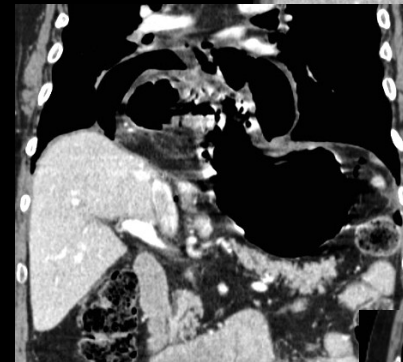
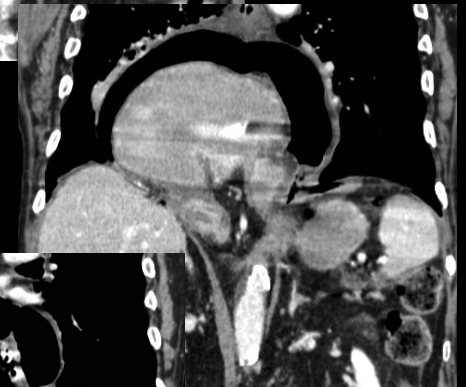
moins fréquente
associée à hernie par roulement le plus fréquemment



les complications aiguës sont essentiellement de nature ischémique , par strangulation des vaisseaux (malgré le potentiel important de vicariance en raison des multiples origines de la vascularisation gastrique : anastomoses entre les branches du tronc coeliaque et via les branches pancréatico-duodénales de l'AMS) . Elles aboutissent à une **nécrose transmurale de l'estomac** et une **perforation** (taux de mortalité : 30 %)

La classique **triade de Borchardt** sur laquelle repose le diagnostic de ces complications ischémiques aiguës d'un volvulus gastrique associe :

- douleur épigastrique aiguë permanente
- efforts de vomissements spasmodiques , peu productifs
- grosses difficultés pour faire progresser la sonde d'aspiration naso-gastrique au delà de l'œsophage distal



nécrose gastrique avec perforation sur volvulus mésentérico-axial de l'estomac

Take home message

les volvulus gastrique sont des torsion acquises de l'estomac sur lui-même qui s'observent généralement chez des sujets âgés, associés à une hernie hiatale et peuvent conduire à des perforations par nécrose ischémique pariétale de l'estomac, au pronostic très sévère (30 % de mortalité)

l'aspect de double niveau hydro-aérique de l'hypochondre et de la base thoracique gauche est très évocateur du diagnostic +++

le scanner est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic de façon non invasive, pour préciser le type de hernie hiatale associée et surtout pour mettre en évidence les complications (pariétographie gazeuse, défaut de rehaussement pariétal, épanchement liquide et/ou gazeux péritonéal signant la perforation). Le balisage opaque du tractus digestif haut aide à la compréhension des images, en facilitant en particulier la localisation du cardia +++ ; il faut le substituer au transit opaque (aux hydrosolubles iodés) puisqu'il apporte des renseignements beaucoup plus précis, surtout avec les reformations coronales (permettant en particulier de différencier le volvulus gastrique d'une hernie hiatale "simple" dans les formes volumineuses)

