

Hernie hiatale

La hernie hiatale est la protrusion, permanente ou intermittente, d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme.

On distingue la hernie hiatale par glissement et la hernie hiatale para-œsophagienne par roulement.

La hernie hiatale par glissement qui est la plus fréquente dans laquelle le cardia est intra-thoracique. Elle concerne 90% des cas. Habituellement, la dernière partie de l'œsophage (soit 3 à 4 cm) est située sous le diaphragme et le cardia (jonction entre l'œsophage et l'estomac, qui doit son nom à sa proximité du cœur). Cette hernie hiatale est due au fait que l'œsophage se termine au-dessus du diaphragme, ceci étant dû au raccourcissement congénital de l'œsophage et à l'augmentation de la pression qui s'exerce à l'intérieur de l'abdomen, comme c'est le cas chez les obèses par exemple. La sténose (rétrécissement du calibre de l'œsophage) d'origine fibreuse (perte élasticité, durcissement) de la partie inférieure de l'œsophage peut également être à l'origine d'une hernie hiatale par glissement.

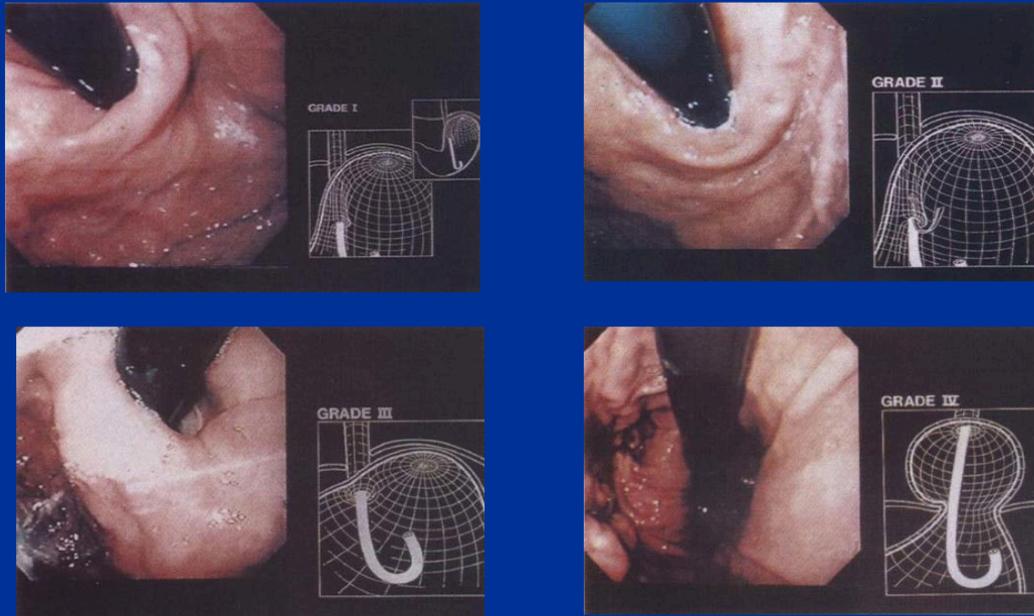
Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est le passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage. Un RGO physiologique existe chez tous les sujets. On appelle par convention RGO le reflux gastro-œsophagien pathologique, caractérisé par des symptômes et/ou des lésions désignées sous le terme d'œsophagite. Le reflux du contenu gastrique est alors dans la majorité des cas anormalement fréquent et/ou prolongé. Il résulte d'une anomalie presque toujours idiopathique de la motricité œsophagienne. Les symptômes peuvent évoluer sans lésions; plus rarement, un RGO ayant provoqué une œsophagite peut être asymptomatique.

Les facteurs qui favorisent le reflux gastro-œsophagien font intervenir principalement une défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO). La hernie hiatale n'est ni nécessaire ni suffisante, un RGO pouvant exister sans hernie hiatale et une hernie hiatale sans RGO. Le mécanisme le plus fréquent du RGO est un nombre excessif de relaxations transitoires du SIO qui se produisent en dehors des déglutitions. Les formes les plus sévères du RGO sont associées à une pression du SIO effondrée.

Les symptômes du reflux gastro-œsophagien sont surtout des brûlures rétrosternales ascendantes (pyrosis) et les régurgitations acides (remontées sans effort de vomissement du contenu gastrique jusqu'au niveau pharyngé. Leur caractère postural et/ou post-prandial, est très évocateur. Des brûlures épigastriques sans trajet ascendant font partie des symptômes de RGO. Plus rarement, des accès de toux ou une dyspnée asthmatiforme, souvent nocturnes, des symptômes pharyngés ou laryngés (enrouement, dysesthésies bucco-pharyngées), des douleurs simulant un angor peuvent en être les manifestations, isolées ou associées aux symptômes précédents.

La hernie hiatale para-œsophagienne par roulement dans laquelle la grosse tubérosité forme une poche intra-thoracique, para-œsophagienne alors que le cardia reste intra-abdominal. Elle concerne environ 10% des cas. Une partie de la grosse tubérosité de l'estomac s'introduit vers le thorax le long de l'œsophage et parallèlement à lui. Quelquefois, d'autres organes (intestin, colon, etc...) sont susceptibles de s'engager avec l'estomac dans ce hiatus. La cause de cette hernie hiatale para-œsophagienne est une anomalie congénitale de cet orifice diaphragmatique. Quelquefois, il s'agit d'un traumatisme. Le plus souvent, la hernie para-œsophagienne par roulement s'observe associée à une cyphose-scoliose importante (déformation de la colonne). Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est le passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage. Un RGO physiologique existe chez tous les sujets. On appelle par convention RGO le reflux gastro-œsophagien pathologique, caractérisé par des symptômes et/ou des lésions désignées sous le terme d'œsophagite. Le reflux du contenu gastrique est alors dans la majorité des cas anormalement fréquent et/ou prolongé. Il résulte d'une anomalie presque toujours idiopathique de la motricité œsophagienne. Les symptômes peuvent évoluer sans lésions; plus rarement, un RGO ayant provoqué une œsophagite peut être asymptomatique.

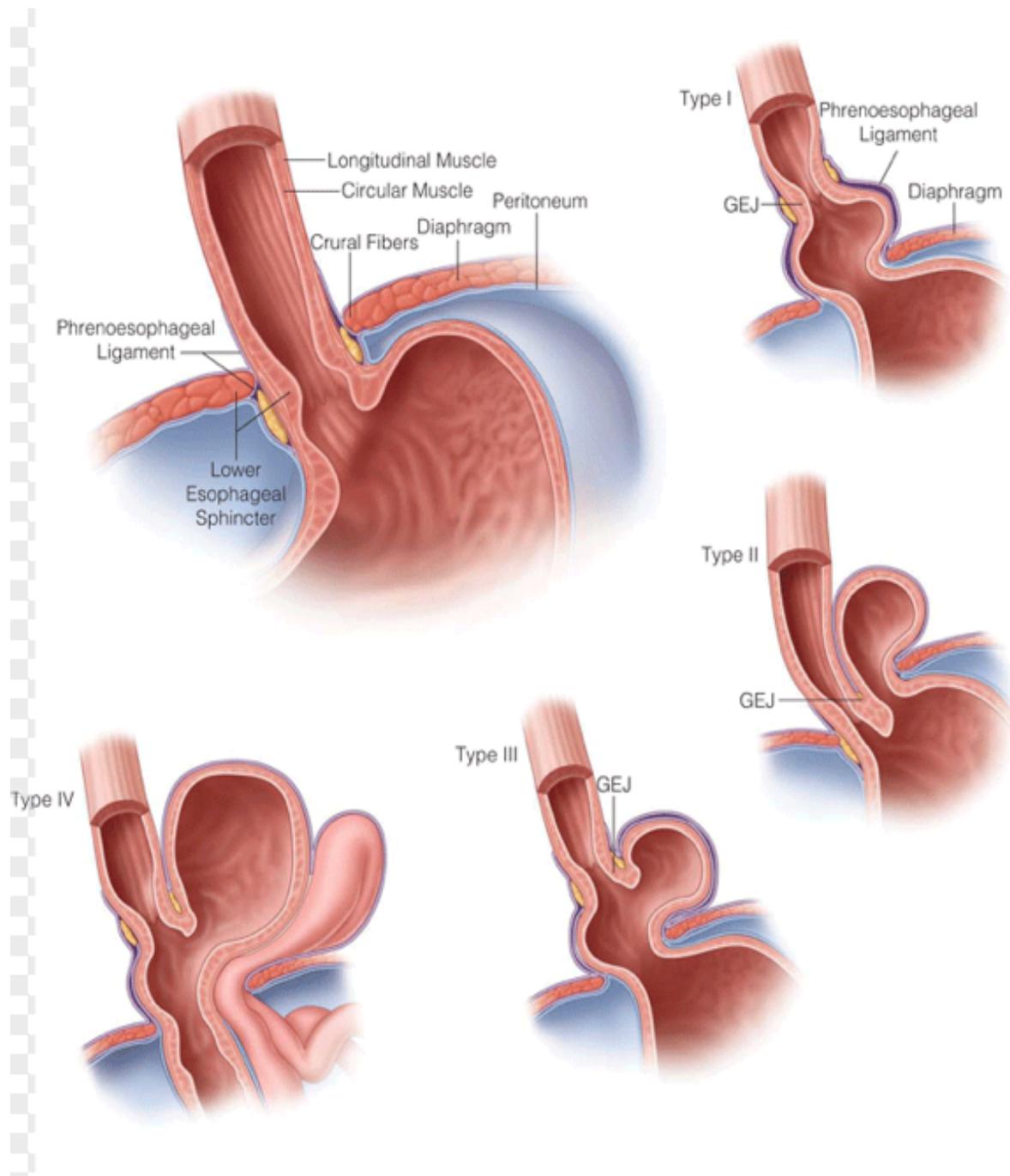
Exploration en rétrovision classification de Hill



Hill LD et al, Gastrointest Endosc 1996;44:541-7

- o Type I - Sliding hernia - the most common type, the esophagogastric junction migrates through the gap in the cephalad direction.
- o Type II - Paraesophageal hernia - only migrates the gastric fundus, the esophagogastric junction remains in intra-abdominal position.
- o Type III - Combination of types I and II.
- o Type IV - Involves the migration of other structures and organs such as omentum or transverse colon

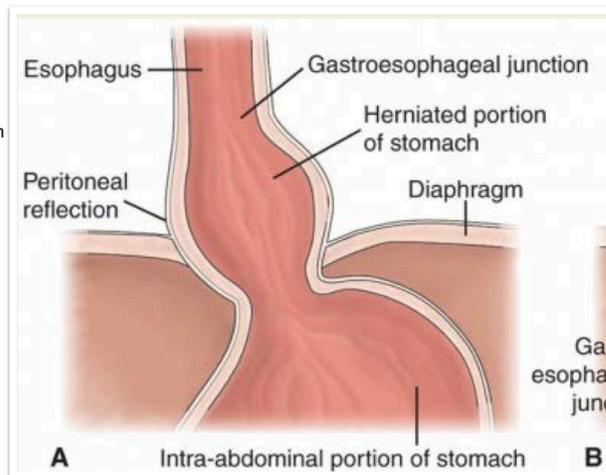
FIGURE 1 – Hill's Classification¹⁰



HIATAL HERNIA CLASSIFICATION

TYPE I

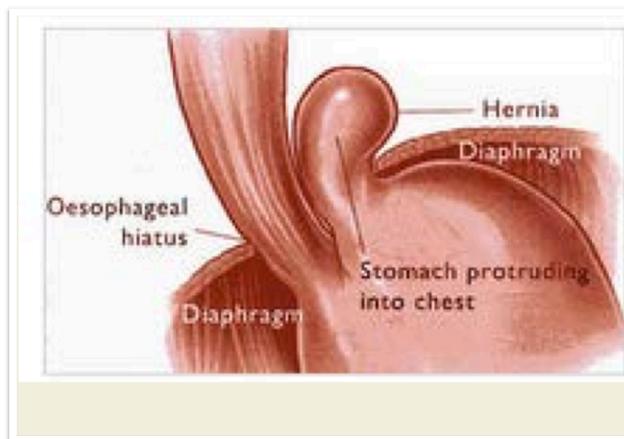
- Sliding hiatal hernia
- Migration of GE junction into thoracic cavity
- Longitudinal axis of stomach is aligned with esophagus



PARAESOPHAGEAL HERNIAS

TYPE II

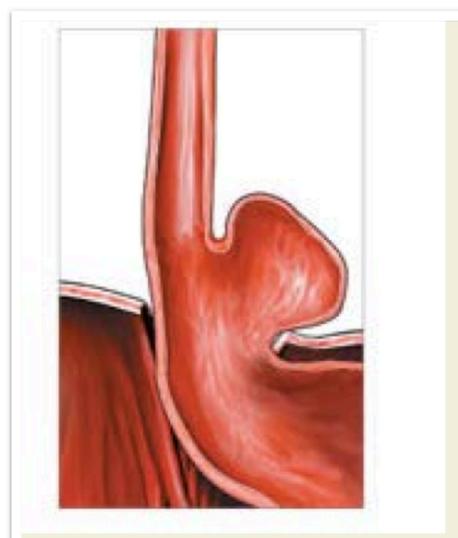
- GE junction remains intra-abdominal
- Herniation of gastric fundus into the thoracic cavity



PARAESOPHAGEAL HERNIA

TYPE III

- Herniation of both GEJ and stomach



TYPE IV

- Herniation of other abdominal contents