

(CAS CLINIQUE)



Incarcération de l'antre et du pylore gastriques dans une hernie épigastrique géante : à propos d'un cas et revue de la littérature

Auteurs :

Jean Néry Frederic Raharihasinarindra^{1*}, Imran Issouf Wintz Trefinjar², Mohand Said Benoufella³, Karine Troalen³, Nicolas Jarjous³

¹ Médecin, Service de chirurgie viscérale, Centre Hospitalier de Gonesse, France

² Médecin, Service des urgences, Centre Hospitalier de Gonesse, France

³ Chirurgien, Service de chirurgie viscérale, Centre Hospitalier de Gonesse, France

Résumé

La hernie épigastrique est une hernie ventrale primaire rare, représentant moins de 2 % des hernies de la paroi abdominale. Habituellement asymptomatique, elle peut toutefois se compliquer d'incarcération ou d'étranglement. L'incarcération gastrique, en particulier de l'antre ou du pylore, constitue une complication exceptionnelle et représente une véritable urgence chirurgicale.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 95 ans prise en charge dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier de Gonesse, en France, pour une hernie épigastrique géante compliquée d'une incarceration de l'antre et du pylore gastriques, responsable d'une occlusion digestive haute. Le diagnostic d'hernie épigastrique incarcerée était clinique, tandis que le scanner abdominal a permis de préciser le contenu herniaire, d'évaluer l'état pariétal et de rechercher d'éventuels signes de souffrance digestive. Une intervention chirurgicale urgente, associant réduction du contenu et réparation pariétale prothétique, a permis une évolution favorable.

Ce cas illustre la rareté de cette présentation et souligne la nécessité d'un diagnostic clinique précoce, appuyé par l'imagerie, ainsi que d'une prise en charge chirurgicale rapide.

Mots-clés : Complication ; Hernie abdominale ; Hernie ventrale ; Occlusion digestive

1. Introduction :

La hernie épigastrique est une forme particulière de hernie de la ligne blanche, située entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Elle fait partie des hernies ventrales primaires et reste une entité rare, représentant moins de 2 % des hernies de la paroi abdominale [1,2]. Le plus souvent de petite taille et asymptomatique, elle peut toutefois se compliquer d'incarcération ou d'étranglement, nécessitant une prise en charge chirurgicale urgente [1]. L'incarcération d'un segment gastrique, notamment de l'antre ou du pylore, est une complication exceptionnelle [3]. Le diagnostic d'hernie épigastrique incarcerée est avant tout clinique, devant une masse médiane douloureuse et irréductible. Le scanner permet ensuite de préciser le contenu herniaire, d'évaluer la paroi et de rechercher des signes de souffrance digestive, éléments essentiels pour guider la stratégie thérapeutique [4].

Nous rapportons le cas d'une patiente de 95 ans présentant une hernie épigastrique géante compliquée d'une incarceration de l'antre et du pylore gastrique et discutons les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette présentation rare à la lumière de la littérature.

2. Observation :

La patiente, âgée de 95 ans, suivie pour hypertension artérielle et gonarthrose, s'est présentée aux urgences pour des nausées et des vomissements liquidiens évoluant depuis deux jours. Elle rapportait également une douleur abdominale diffuse, sans fièvre. Une tuméfaction épigastrique connue depuis plusieurs mois, jusque-là indolore, était devenue douloureuse et irréductible depuis 48 heures avant l'admission. À l'examen, la patiente était consciente, cohérente et

* Auteur correspondant: [Raharihasinarindra Jean Néry Frederic](#)

stable hémodynamiquement. L'inspection et la palpation retrouvaient une masse épigastrique volumineuse, non réductible, engouée et modérément douloureuse (Figure 1). Le bilan biologique révélait une hypokaliémie à 2,87 mmol/L et une hyponatrémie à 125 mmol/L, sans autre anomalie notable. Le scanner abdomino-pelvien a mis en évidence une hernie épigastrique contenant l'antrum et le pylore gastriques, associée à un épanchement intra-herniaire, un collet mesuré à 35 mm et une distension gastrique importante en amont (Figure 2). Aucun signe d'ischémie pariétale n'était observé. L'ensemble était compatible avec une occlusion digestive haute sur hernie épigastrique incarcerated. La patiente a été hospitalisée pour correction des troubles hydroélectrolytiques et mise en place d'une sonde nasogastrique, ramenant un liquide gastrique abondant. Une cure de hernie par voie d'abord directe a ensuite été réalisée. L'exploration chirurgicale retrouvait un orifice herniaire de 38 mm et un sac contenant l'antrum et le pylore, sans signe de souffrance digestive, mais avec un liquide réactionnel. Le geste a consisté en la réduction du contenu herniaire, la résection du sac, la fermeture péritonéale, puis la mise en place d'une prothèse en position rétromusculaire pré-péritonéale, suivie d'un rapprochement aponévrotique par fil non résorbable et d'une fermeture pariétale standard. Les suites opératoires ont été simples. La sonde nasogastrique a été retirée à J1, l'alimentation reprise progressivement et les symptômes digestifs ont disparu. À un mois, l'évolution était favorable, avec une cicatrisation satisfaisante et absence de plainte.



Figure 1. Image clinique montrant une hernie épigastrique géante incarcerated.

Source : Centre Hospitalier de Gonesse, France.

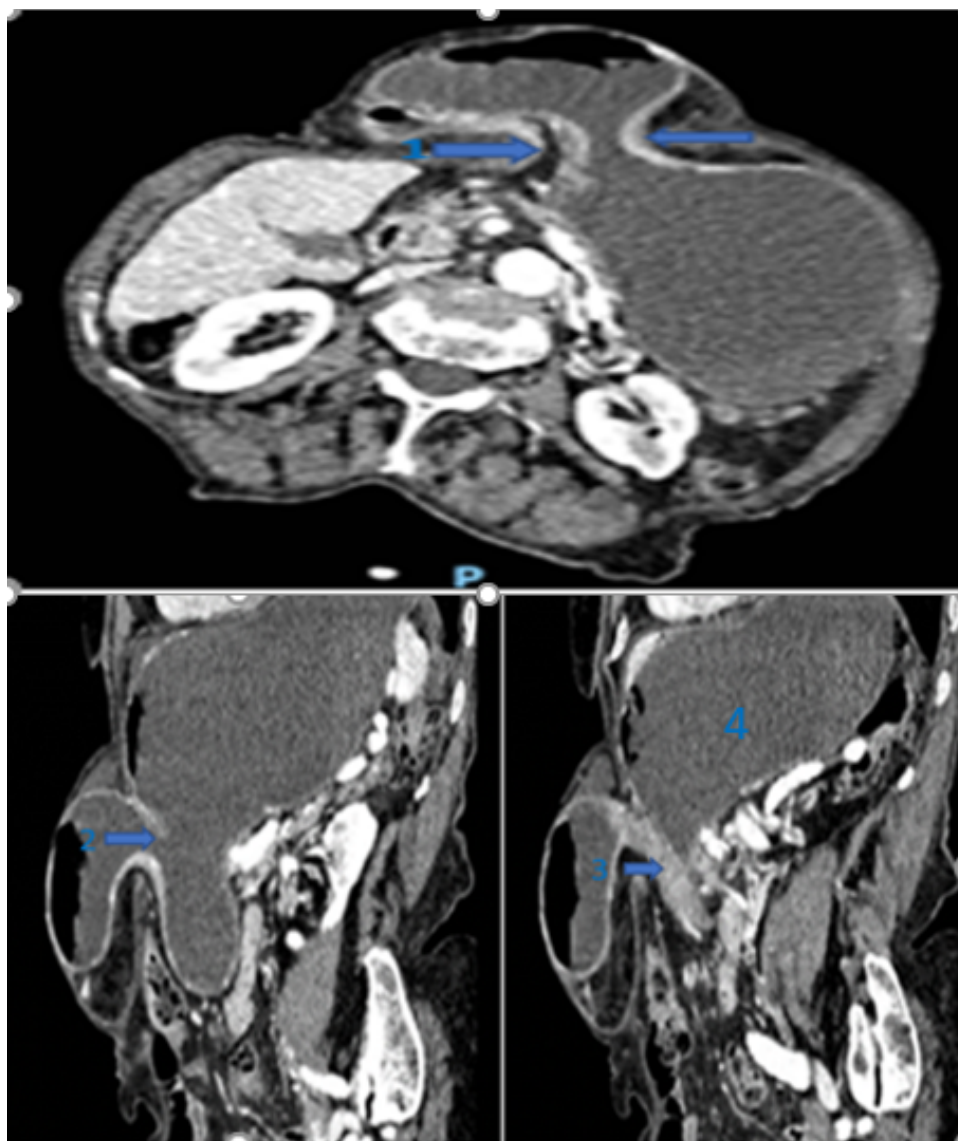


Figure 2. Images tomodensitométriques montrant une hernie épigastrique incarcerated. 1-Collet herniaire 2- Antre gastrique dilaté 3-Portion duodénale D1 comprimée 4-Estomac
Source : Service d'Imagerie, Centre Hospitalier de Gonesse, France.

3. Discussion :

Les hernies de la ligne blanche représentent moins de 2 % des hernies ventrales primaires [1,2]. Elles sont souvent asymptomatiques et découvertes tardivement [1], mais peuvent se compliquer d'incarcération ou d'étranglement, constituant alors une urgence chirurgicale [3]. L'incarcération gastrique dans une hernie épigastrique est exceptionnelle. Les cas publiés décrivent surtout l'engagement de l'antré ou du pyllore, responsable d'une occlusion digestive haute et exposant à un risque d'ischémie [4,5]. Le scanner abdomino-pelvien est l'examen de référence pour préciser le contenu herniaire et évaluer la viabilité digestive [6]. Il permet d'identifier les signes de souffrance pariétale et d'orienter la stratégie opératoire. Cependant, en cas de hernie étranglée, la décision opératoire est clinique et la chirurgie ne doit jamais être retardée par la réalisation d'un scanner. L'imagerie n'est utile que si elle est disponible rapidement et sans délai. Dans notre cas, le scanner a confirmé l'engagement antro-pylorique et l'absence de signe de souffrance, ce qui a permis une prise en charge adaptée. La prise en charge des hernies ventrales compliquées repose sur une intervention en urgence, conformément aux recommandations de l'European Hernia Society (EHS) [2]. La réparation prothétique est recommandée lorsque l'environnement n'est pas contaminé, car elle réduit le risque de récurrence [7]. Ces principes sont également confirmés par plusieurs séries récentes portant sur la chirurgie urgente des hernies ventrales [8]. Dans notre observation, la mise en place d'une prothèse rétromusculaire pré-péritonéale a été possible en l'absence de souffrance digestive. Les cas récents publiés, notamment celui d'Al-Shanafey et al., confirment la rareté mais aussi la gravité potentielle de l'incarcération gastrique dans une hernie épigastrique [5]. Notre observation s'inscrit dans ces

descriptions et souligne l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge rapide. Enfin, malgré l'âge avancé de notre patiente, l'évolution a été favorable, ce qui rejoint les données montrant que la chirurgie des hernies ventrales chez les sujets âgés peut être réalisée avec de bons résultats lorsque l'évaluation préopératoire est adéquate [3].

4. Conclusion :

L'incarcération gastrique dans une hernie épigastrique géante est une complication exceptionnelle mais potentiellement grave. Le scanner, lorsqu'il est disponible rapidement, apporte des informations précieuses sur le contenu herniaire et la viabilité des structures engagées. Toutefois, la prise en charge reste avant tout clinique, et une hernie étranglée doit être opérée sans délai, l'imagerie ne devant jamais retarder l'intervention. La chirurgie en urgence, associant la réduction du contenu herniaire et la réparation pariétale, avec mise en place d'une prothèse lorsque les conditions locales le permettent, constitue le traitement de référence.

Ce cas rappelle l'importance d'un diagnostic précoce et d'une intervention rapide, même chez des patients très âgés, chez qui une prise en charge adaptée peut permettre une évolution favorable.

Conformité aux normes éthiques

Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail.

Déclaration d'approbation éthique

L'étude a été réalisée conformément aux principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki. Le patient a donné son consentement éclairé pour la publication des données cliniques et des images associées, avec garantie de l'anonymat.

Déclaration de consentement éclairé

Un consentement éclairé écrit a été obtenu du patient pour la publication de ce cas clinique et des images associées.

Références

- [1] Blonk L, Civil YA, Kaufmann R, Ket JCF, van der Velde S. A systematic review on surgical treatment of primary epigastric hernias. *Hernia*. 2020;24(1):1-10.
- [2] Henriksen NA, Kaufmann R, Simons MP, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al. EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. *Br J Surg*. 2020;107(3):171-90.
- [3] Das S, Shaikh O, Gaur NK, Balasubramanian G. Incarcerated epigastric hernia. *Cureus*. 2022;14(2): e22013.
- [4] Holihan JL, Alawadi ZM, Harris JW, Harvin J, Shah SK, Goodenough CJ, et al. Ventral hernia: patient selection, treatment, and management. *Surgery*. 2016;160(2):537-44.
- [5] Sahota R, Jayant A, Wiles R, Katti A. Epigastric anterior abdominal wall hernia: an unusual cause of gastric outlet obstruction. *Int J Surg Case Rep*. 2015;16:146-9.
- [6] Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, Agresta F, Aufenacker T, Berrevoet F, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2023;27(2): 375-415.
- [7] Yagnik VD, Dawka S, Garg P, Bhattacharya K. An incarcerated epigastric hernia containing stomach. *BMJ Case Rep*. 2014;2014.
- [8] Vemulakonda SHP, Dutta S, Jain A, Reddy A, Ramakrishna VN. Strangulated epigastric hernia: a rare occurrence. *Int J Surg Case Rep*. 2021;86: 230-3.