

HERNIE CAECALE DU FORAMEN DE WINSLOW

VAN BOECKEL V (1), ARENAS-SANCHEZ M (1), LEGRAND M (1), MAILLART JF (1), POSTAL A (1)

RÉSUMÉ : La hernie du foramen de Winslow, ou hernie de Blandin, est une hernie interne rare, avec une présentation clinique non spécifique et son diagnostic peut être difficile. La hernie se produit au travers de l'hiatus omental, limité par la veine cave inférieure en arrière et la triade portale en avant. L'imagerie médicale par tomodensitométrie nous fournit plusieurs indices diagnostiques dans cette pathologie. La prise en charge chirurgicale rapide permet une réduction avant la survenue de complications. Nous présentons un cas de hernie interne caecale par le foramen de Winslow chez un patient ayant bénéficié d'un bypass gastro-jéjunal une dizaine d'années auparavant. Une laparoscopie avec réduction de la bascule caecale et fermeture du foramen est réalisée avec succès.

MOTS-CLÉS : *Hernie - Caecum - Chirurgie - Foramen de Winslow - Laparoscopie*

CAECUM HERNIA OF FORAMEN OF WINSLOW

SUMMARY : Winslow's foramen hernia, or Blandin's hernia, is a rare internal hernia with a non-specific clinical presentation and its diagnosis may be difficult. The hernia occurs across the omental hiatus, bounded by the inferior vena cava posteriorly and the portal triad anteriorly. CT imaging provides several diagnostic clues in this condition. Prompt surgical management allows reduction before complications arise. We present a case of caecal internal herniation through Winslow's foramen in a patient who underwent gastrojejunal bypass about ten years ago. Laparoscopy with reduction of the caecal bascule and closure of the foramen is performed successfully.

KEYWORDS : *Hernia - Caecum - Foramen of Winslow - Laparoscopy - Surgery*

INTRODUCTION

La hernie du foramen de Winslow (HFW), décrite par Blandin en 1823, est rare et représente 0,1 % de toutes les hernies abdominales et 8 % de toutes les hernies internes (1, 2). L'intestin grêle est l'organe le plus fréquemment impliqué, suivi par l'iléon terminal et le cæcum. La présentation clinique de l'HFW est non spécifique et le diagnostic tardif expose au risque d'ischémie et de perforation des viscères (3). Le traitement consiste en une réduction chirurgicale du contenu herniaire, avec l'approche laparoscopique qui est de plus en plus décrite. La prévention de récurrence de ce type de hernie reste un sujet de discussion dans la littérature. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une HFW caecale, avec une réduction laparoscopique et réalisation d'une fermeture du foramen. Le but de cet article est de sensibiliser les praticiens à cette pathologie méconnue afin de diminuer la morbidité et la mortalité dues au retard de prise en charge.

CAS CLINIQUE

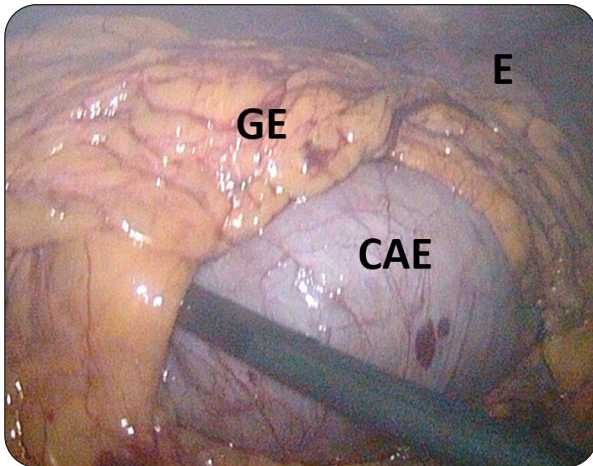
Un patient, âgé de 67 ans, se présente aux urgences en soirée suite à l'apparition de douleurs périombilicales brutales 2 heures avant

son admission. Les douleurs sont constantes, mais ne sont pas accompagnées de nausée ni de vomissement. Le patient est apyrétique et ne présente pas de trouble du transit. Notons que le patient présente, dans ses antécédents, un diabète de type 2 et une chirurgie bariatrique par bypass gastro-jéjunal datant d'une dizaine d'années. L'examen clinique met en évidence une palpation de l'abdomen douloureuse de façon diffuse, mais prédominante au niveau de l'épigastre. Le patient ne présente pas de signes péritonéaux, mais il reste douloureux malgré un traitement antalgique de palier 3. La biologie réalisée ne met pas de syndrome inflammatoire ni d'anémie en évidence. Un examen par tomodensitométrie scanner avec injection de produit de contraste est réalisé. Il n'objective aucun épanchement péritonéal ni de signe de souffrance au niveau des anses digestives. Le montage par bypass ne montre pas de complication par perforation, saignement ou hernie interne. Le patient est alors hospitalisé pour surveillance dans le service de Chirurgie abdominale. Le lendemain, le patient reste algique, mais une nouvelle biologie ne montre aucune anomalie. Vu la persistance des douleurs, une laparoscopie exploratrice est proposée et acceptée par le patient.

Nous observons une structure colique dilatée dans l'arrière-cavité des épiploons (**Figure 1**). Nous réalisons une ouverture du ligament gastro-colique de façon partielle pour confirmer la nature de la structure qui est caecale. Il n'existe pas de signe de souffrance importante, mais un léger érythème de l'intestin. L'exploration du bypass en lui-même ne montre pas d'anomalie. Il n'existe pas de défaut au niveau du méso

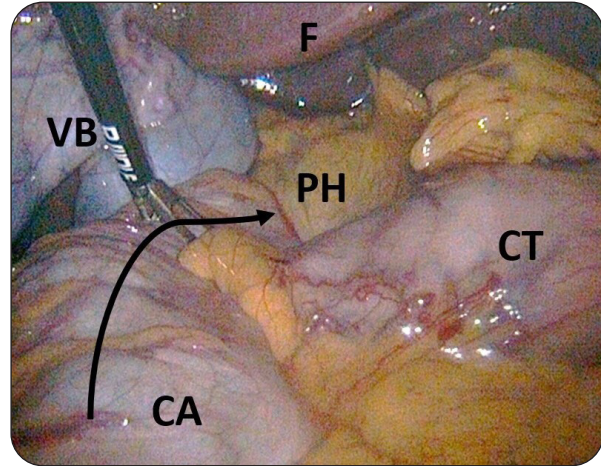
(1) Service de Chirurgie abdominale, CHR de Huy, Belgique.

Figure 1. Image laparoscopique peropératoire, après ouverture partielle du ligament gastro-colique, mettant en évidence du caecum dilaté dans l'arrière-cavité des épiploons



GE : grand épiploon, CAE : caecum, E : estomac.

Figure 2. Image laparoscopique peropératoire, confirmant que le côlon ascendant s'est hernié à travers le foramen de Winslow



VB : vésicule biliaire, CA : côlon ascendant, PH : pédicule hépatique, CT : côlon transverse, F : foie.

du pied d'anse ou au niveau de l'espace de Petersen. Une réduction est alors réalisée aisément au niveau du foramen de Winslow et le caecum est facilement repositionné (Figure 2). Le patient présente un défaut de fixation complet de l'ensemble du côlon droit et celui-ci présente une mobilité importante. Nous terminons l'intervention en réalisant une fermeture de l'hiatus de Winslow à l'aide d'un fil non résorbable en prenant du péritoine du pédicule hépatique et du fascia prérenal, en y incluant également de l'épiploon. Les suites opératoires sont simples avec une reprise du transit et une disparition complète des douleurs. Une alimentation est tolérée dès le lendemain de l'intervention. Le patient quitte l'hôpital au deuxième jour postopératoire et ne présente aucune récurrence sur un suivi à 4 mois postopératoires.

DISCUSSION

Le foramen de Winslow, également connu sous le nom de foramen épiploïque ou omental, est un orifice qui permet la communication virtuelle entre la cavité péritonéale et l'arrière-cavité des épiploons ou bourse omentale. Anatomiquement, l'arrière-cavité est définie par le ligament hépato-duodénal antérieurement qui contient la triade porte (constituée de la voie biliaire principale à droite, l'artère hépatique à gauche et la veine porte en arrière), postérieurement par la veine cave inférieure, le lobe caudé

du foie supérieurement et la première partie du duodénum et de l'artère hépatique inférieurement (4).

L'incidence maximale de la HFW se situe entre 20 et 60 ans; cependant, des cas néonataux sporadiques associés à des anomalies de rotation de l'intestin ont été décrits. Le diagnostic peut être retardé en raison des signes et symptômes non spécifiques. Le diagnostic différentiel est varié et les patients peuvent se présenter avec des symptômes similaires à ceux de l'ulcère gastro-duodénal, de la pancréatite, de l'appendicite, de la diverticulite et de l'ischémie intestinale (5).

La classification de la HFW est basée selon l'organe concerné :

- type I, intestin grêle (~ 65 % de tous les cas);
- type II, iléon terminal, caecum et côlon ascendant (~ 25 %);
- type III, côlon transverse (~ 7 %);
- type IV, vésicule biliaire, ou toute autre structure intra-abdominale telle que le grand épiploon.

Bien que le mécanisme exact soit inconnu, des rapports récents énumèrent un foramen de Winslow élargi, une mobilité excessive des viscères (c'est-à-dire un mésocôlon ascendant persistant ou un long mésentère de l'intestin grêle) et une augmentation de la pression intra-abdominale comme facteurs de risques potentiels (6). Dans notre cas, on constate que le patient présente une mobilité excessive du

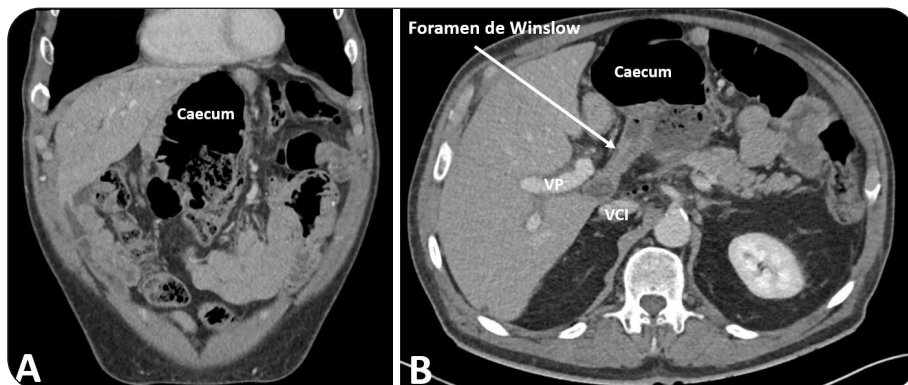
côlon ascendant, avec absence d'attache latérale dans sa gouttière. Une bascule cœcale est une condition rare dans laquelle le cæcum se plie en avant et en haut sur le côlon ascendant. Bien que difficile à distinguer d'un volvulus cœcal, il se présente typiquement avec moins d'acuité en raison de l'absence de torsion de la vascularisation mésentérique (7).

Au cours des décennies précédentes la majorité des diagnostics de HFW étaient posés au cours de laparotomies pour obstruction de l'intestin grêle. Avec la disponibilité de l'imagerie en coupe, un diagnostic précoce et une prise en charge rapide peuvent être réalisés (3). Les hernies internes à travers des orifices congénitaux normaux ou anormaux dans le péritoine de l'abdomen et du pelvis peuvent être difficiles à diagnostiquer cliniquement et radiologiquement en raison de plusieurs facteurs, notamment leur rareté, le positionnement variable de l'intestin dans l'abdomen et la nature parfois transitoire ou intermittente des obstructions intestinales associées. Au scanner, les indices d'une HFW sont la présence d'intestin et de mésentère derrière le pédicule hépatique, semblant converger vers un point, ou un «bec», au niveau du foramen de Winslow («bird beak sign») et le déplacement de l'estomac antérieurement et latéralement. Après un examen plus approfondi du scanner dans notre cas, il est évident que le caecum présente une localisation anormale et qu'un contenu intestinal est visible entre la veine porte et la veine cave (Figure 3). L'intestin herniaire peut même comprimer la veine porte, ce qui donne lieu à une image de «veine porte rétrécie». Un autre apport du CT-scan est de détecter les signes d'ischémie ou de nécrose intestinale (3, 8).

Une complexité supplémentaire dans notre cas est la présence d'un bypass gastro-jéjunal. Notre première hypothèse était la présence d'une hernie interne sur le montage du bypass. En effet, la hernie interne représente la cause la plus fréquente d'obstruction de l'intestin grêle après une intervention de bypass gastrique Roux-en-Y, avec une incidence rapportée allant jusqu'à 5 %. Le taux de hernie interne augmente jusqu'à 8,4 % en cas de non-fermeture des espaces mésentériques. Il existe deux sites où une hernie peut se produire après réalisation d'un bypass de manière anté-colique : le site d'anastomose du pied d'anse, dû à l'interruption du mésentère et l'espace Petersen entre le mésentère de l'anse alimentaire et le mésentère du côlon transverse. Un troisième site potentiel de hernie, à travers le mésocôlon, est créé en cas de passage trans-mésocolique de l'anse alimentaire de Roux-en-Y (9). Dans le cas présenté, l'ensemble du montage est correct et ne présente pas de défaut de fermeture.

En raison de sa rareté, il n'existe pas d'algorithme établi pour la prise en charge des patients présentant une HFW. Néanmoins, depuis les premiers cas publiés selon une approche laparoscopique en 2009, plusieurs études conseillent la laparoscopie en première intention pour le diagnostic et, si cela est possible, pour la résection intestinale (10, 11). Après réduction de la hernie par dissection et traction douce associée ou non à une décompression à l'aiguille, une évaluation de la viabilité de l'organe hernié doit être réalisée, avec résection de celui-ci si cela s'avère nécessaire. Certains auteurs suggèrent de fermer le foramen de Winslow pour minimiser le risque de récurrence, comme cela a été réalisé dans ce cas. Cependant, toute tentative

Figure 3. Image TDM coupe coronale (A) et transversale (B) mettant en évidence la hernie caecale à travers le foramen de Winslow entre la veine cave inférieure (VCI) et la veine porte (VP) avec le signe du «bec» présent



peut risquer d'endommager les canaux biliaires, l'artère hépatique ou la veine porte, entraînant une thrombose ou une blessure (7). Plusieurs cas décrivent la réalisation de caecopexie ou de fixation du côlon sur le péritoine pariétal. Dans une revue de littérature de Moris et coll., sur 15 cas, aucun des patients - avec ou sans fermeture du foramen - n'a souffert de complication postopératoire et aucun n'a présenté de récurrence sur un suivi allant de 1 jour à 21 mois (3).

IMPLICATION CLINIQUE

La hernie du foramen de Winslow est une forme inhabituelle de hernie interne dont la manifestation clinique est non spécifique, ce qui peut entraîner une difficulté diagnostique.

Les repères anatomiques et les éléments caractéristiques du scanner peuvent aider à identifier ce type de hernie interne.

En cas de suspicion clinique de hernie interne, même si les résultats laboratoires et radiologiques sont normaux, une exploration chirurgicale est indiquée.

CONCLUSION

La HFW caecale est une entité extrêmement rare qui doit bénéficier d'une prise en charge chirurgicale urgente. La tomodensitométrie par scanner nous donne des indices sur ce type de hernie. L'approche laparoscopique est simple et faisable. À ce jour, le débat se poursuit sur la nécessité d'entreprendre des mesures prophylactiques pour prévenir la récurrence de la HFW, soit la fermeture du foramen, la fixation des visières concernées, ou les deux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mathias J, Phi I, Bruot O, et al. Hernies internes. EMC Radiologie et imagerie médicale: abdominale-Digestive 2008. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/195777/hernies-internes>.
2. Buisset C, Postillon A, Aziz S, et al. Laparoscopic management of an ascending colon hernia through the foramen of Winslow. *J Surg Case Rep* 2020;**2020**:rjaa283.
3. Moris D, Tsilimigras DI, Yerokun B, et al. Foramen of Winslow hernia: a review of the literature highlighting the role of laparoscopy. *J Gastrointest Surg* 2019;**23**:2093-9.
4. Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, et al. CT of internal hernias. *Radiographics* 2005;**25**:997-1015.
5. Sammut M, Barben C. Herniation of the caecum and ascending colon through the foramen of Winslow: a case report and review. *Ann R Coll Surg Engl* 2020;**102**:e39-41.
6. Tatagari V, Devine A, Cronin B, Vaughn D. Internal herniation of the right colon through the foramen of Winslow: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2022;**94**:1-3.
7. Williams AM, Pickell Z, Shen MR, Sangji N. Cecal bascule herniation through the foramen of Winslow. *Autops Case Rep* 2021;**11**:1-6.
8. Kelahan L, Menias CO, Chow L. A review of internal hernias related to congenital peritoneal fossae and apertures. *Abdom Radiol* 2021;**46**:1825-36.
9. Facchiano E, Leuratti L, Veltri M, et al. Laparoscopic management of internal hernia after roux-en-y gastric bypass. *Obes Surg* 2016;**26**:1363-5.
10. Izumi JI, Hirano H, Kasuya T, et al. Gallbladder hernia into the foramen of Winslow: CT findings. *Abdom Imaging* 2009;**34**:734-6.
11. Webb LH, Riordan WP. Internal herniation of the cecum through the foramen of Winslow. *Am Surg* 2009;**75**:1252-3.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Postal A, Service de Chirurgie abdominale, CHR de Huy, Belgique.

Email : alain.postal@chrh.be