



Vétérinaire Expert

La lettre de Biolog

Cas clinique : Correction chirurgicale d'une hernie hiatale chez un Bouledogue français

ANAMNESE :

Un bouledogue français de 1 an est présenté en consultation pour des régurgitations immédiatement après les repas, des vomissements chroniques depuis son plus jeune âge, de la dysphagie, de la dysorexie et une perte de poids. Il s'agit de vomissements d'un bol alimentaire partiellement digéré associé à des glaires.

Le score corporel est de 1.5/5. Le chien présente des signes de syndrome brachycéphalique avec une sténose modérée des narines et un voile du palais suspecté redondant à l'ouverture de la gueule.

Le chien présente un tirage costal léger mais les propriétaires ne rapportent aucune cyanose.

L'auscultation cardio-respiratoire ne révèle aucune anomalie au moment de l'examen. Un bilan sanguin complet a été réalisé par le vétérinaire régulier et n'a révélé aucun paramètre anormal. Un changement d'alimentation a été effectué pour une diète gastro-intestinale.

Le chien a été vermifugé par un vermifuge à large spectre pour le traitement des infections mixtes (0.5 mg/kg de milbémycine oxime et 5 mg/kg de praziquantel en 1 prise PO).

Un traitement médical de support a été ajouté : un anti-acide antagoniste des récepteurs histaminique H2 (cimétidine 5 mg/kg TID PO), un protecteur de muqueuse (Kaolin 10 ml BID PO 2h après les repas ou autres médicaments) et un agent procinétique (métoclopramide 0.5 mg/kg SID PO).

Les signes cliniques ne se sont pas améliorés avec le traitement médical.

Une consultation de suivi a été réalisée après 2 semaines. Les propriétaires ont accepté la réalisation d'examens complémentaires. Une suspicion de hernie hiatale a été faite sur base d'une vue radiographique thoracique latérale montrant des viscères emplis de gaz au niveau du thorax caudal.



[Cliquer ici pour agrandir l'image](#)

La présence de structure digestive au niveau thoracique à droite a été confirmée par la réalisation d'une échographie. Le diagnostic de hernie hiatale a été confirmé par la réalisation d'un marquage baryté de l'oesophage.



[Cliquer ici pour agrandir l'image](#)

CORRECTION CHIRURGICALE DE LA HERNIE HIATALE :

Avant la chirurgie, les traitements anti-acide et procinétique ont été maintenus.

Le chien présentait au moment pré-opératoire des difficultés respiratoires en lien avec son syndrome brachycéphale mais aucune toux ni aucun signe de pneumonie à l'auscultation pulmonaire.

A l'intubation, le voile du palais apparaît nettement redondant et une correction chirurgicale lors de la même anesthésie est décidée.

Le chien a été placé en décubitus dorsal et un rasage chirurgical standard de l'abdomen a été réalisé avec asepsie standard à la chlorexidine. Une coeliotomie médiane ventrale sur la ligne blanche a été réalisée.

La laparotomie exploratrice a montré une hernie hiatale de type III avec passage de la jonction gastro-œsophagienne dans le thorax caudal ainsi qu'une portion adjacente de l'estomac.

Le reste de l'exploration abdominale n'a révélé aucune anomalie.

Le ligament hépatique triangulaire gauche a été sectionné afin de libérer la face abdominale du diaphragme.

La hernie hiatale a été réduite par traction manuelle caudale légère et progressive sur l'estomac.

Une phrénoplastie a été réalisée. Il s'agit de réduire le diamètre de l'ouverture hiatale dorsalement et ventralement. Des points en croix au PDS 2/0 ont été apposés, après rafraîchissement des marges du ligament phrénico-œsophagien à la lame de bistouri en évitant le nerf vague et les vaisseaux œsophagiens traversant le hiatus.

Une incision n'a pas été réalisée pour éviter le risque de pneumothorax.

Une œsophagopexie a été réalisée au PDS 2/0 entre l'œsophage et le diaphragme. Une incision de 2 cm a été réalisée jusqu'à la musculature du côté gauche de l'œsophage et une seconde incision a été réalisée dans la couche superficielle séromusculaire du diaphragme gauche. Une gastropexie incisionnelle a été réalisée à gauche entre le fundus de l'estomac et la paroi musculaire abdominale par 2 surjets simples au PDS 2/0.



[Cliquer ici pour agrandir l'image](#)

La paroi abdominale a été fermée de façon standard. Une excision de la portion redondante du voile du palais a été réalisée lors de la même anesthésie ainsi qu'une rhinoplastie pour augmenter le diamètre des narines.

PERIODE POST-OPERATOIRE :

Le réveil du chien a été suivi de près après l'extubation considérant le risque de dyspnée due à un éventuel pneumothorax iatrogène ainsi qu'à l'œdème suivant la correction chirurgicale de la portion redondante du voile du palais.

L'analgésie per- et post-opératoire a été effectuée par administration de buprénorphine (10-20 µg/kg IV q 6 h).

Suite à la chirurgie, la ration journalière a été fractionnée en 6 à 8 prises par jour pour diminuer le volume du bol alimentaire.

Les traitements anti-acide, protecteur de muqueuse et prokinétique ont dû être poursuivis en raison de la persistance de régurgitations pendant la première semaine. La persistance de l'œsophagite a été mise en cause pour expliquer ces régurgitations. Aucune œsophagoscopie n'a été réalisée pour le confirmer.

QU'EST-CE QU'UNE HERNIE HIATALE ?

La hernie hiatale fait référence au passage d'organes abdominaux à travers le hiatus œsophagien. Ce cas clinique présente une hernie hiatale de type III avec passage de la jonction gastro-œsophagienne et d'une portion adjacente de l'estomac. Cette classification est décrite dans la littérature humaine.

La hernie hiatale de type I est le passage de la jonction gastro-œsophagienne seule dans la cavité thoracique caudale, celle de type II ou para-œsophagienne est le passage d'une portion de l'estomac sans la jonction gastro-œsophagienne. Le type IV représente en réalité une intussusception gastro-œsophagienne.

Ce bouledogue a toujours présenté les signes de vomissements et régurgitations qui se sont accentués motivant la consultation. Une origine congénitale est fortement vraisemblable mais la présence du syndrome brachycéphale a pu aggraver la situation. Une diminution de la pression intrathoracique lors de l'inspiration chez les chiens ayant des problèmes obstructifs du tractus respiratoire supérieur est mise en cause et contribuerait aux reflux œsophagiens et à la hernie hiatale ¹.

Ce cas clinique est un chien présenté pour des problèmes digestifs chroniques avec perte de poids. Néanmoins les cas de hernies hiatales peuvent avoir différents degrés de sévérité avec des conséquences variables. La majorité des signes cliniques est secondaire au reflux œsophagien mais parfois les régurgitations peuvent conduire à une pneumonie par aspiration. L'évaluation cardiorespiratoire du patient est donc primordiale.

COMMENT POSER LE DIAGNOSTIC ?

La pose du diagnostic est souvent faite sur base d'un bilan radiographique comme dans ce cas présent. La confirmation et le typage de la hernie peut être effectué avec un marquage baryté de l'œsophage.

Des examens complémentaires plus poussés peuvent cependant être requis pour conclure. En effet la hernie hiatale peut être intermittente justifiant la réalisation d'une fluoroscopie voire d'une œsophagoscopie pour documenter l'œsophagite. Ces examens n'ont pas été nécessaires dans notre cas.

TRAITEMENT MEDICAL OU CHIRURGICAL ?

Le traitement médical n'a pas eu de succès pour ce bouledogue français probablement face à la chronicité et la sévérité de la situation marquée par la perte de poids. Néanmoins il devrait rester une option car celui-ci a montré son efficacité ².

Le traitement chirurgical est envisageable dans les cas sévères, chroniques ou ne répondant pas au traitement médical. Certains auteurs recommandent le traitement chirurgical pour tous les cas congénitaux et après 30 jours de traitement médical sans amélioration notable ³.

CONSIDERATIONS CHIRURGICALES :

Aucune étude n'a montré l'avantage d'une technique particulière par rapport à une autre dans

le traitement chirurgical de la hernie hiatale. La combinaison de la réduction du diamètre du hiatus œsophagien, de l'œsophagopexie et de la gastropexie incisionnelle fundique gauche semble intuitivement limiter le risque de récurrence même si cela n'a pas été prouvé. La réalisation de la phrénoplastie implique un jugement clinique per-opératoire car il n'existe aucune référence standardisée pour le diamètre du hiatus œsophagien ⁴.

Plusieurs précautions doivent être prises lors de la réalisation de ces techniques chirurgicales. La visualisation du hiatus œsophagien est rendue difficile par l'ensemble des organes de la face abdominale du diaphragme dont le foie essentiellement.

Le ligament hépatique triangulaire gauche doit être sectionné en prenant soin de ne pas inciser le parenchyme hépatique. Lors de la mise en place des sutures pour la phrénicoplastie voire l'œsophagopexie, l'opérateur devra prendre soin d'éviter le tronc vagal.

Après avoir détaché ses rameaux bronchiques au-dessus de la bifurcation trachéale, chaque nerf vague (droit et gauche) se divise en une branche dorsale et une branche ventrale qui se porte au-dessus et en-dessous de l'œsophage. La branche dorsale du nerf vagal droit rejoint son homologue gauche pour former le tronc vagal dorsal longeant l'œsophage. Il en est de même ventralement ⁵.

Une attention particulière doit être portée pour ne pas réaliser de pneumothorax lors des manipulations. Dans le cas contraire, un assistant devra ventiler l'animal anesthésié et le pneumothorax devra être résolu avant fermeture de l'abdomen. Une radiographie thoracique de contrôle et la surveillance de l'apparition de dyspnée au réveil sont nécessaires.

REFERENCES :

1. Auger J, Riley S: Combined hiatal and pleuroperitoneal hernia in a Shar-Pei. Can Vet J 38:640, 1997.
2. Guilford W, Center S, Strombeck D, et al, editors: Chronic gastric disease. In Strombeck's small animal gastroenterology, ed 3, Philadelphia, 1996, Saunders.
3. Hinton LE, McLoughlin MA, Johnson SE, et al: Spontaneous gastroduodenal perforation in 16 dogs and seven cats (1982-1999). J Am Anim Hosp Assoc 38:176, 2002.
4. Tobias KM, Spencer AJ. Stomach. In: Veterinary Surgery Small Animal, 1st edition, Saunders, 2012, 1500-1502.
5. Evans HE, Lahunta A. Abdomen. In: Evans HE, Lahunta A. Miller's Anatomy of the dog, 4th edition, Saunders, 2012; 306-307.

Remerciement au Docteur Elvira BINI pour nous avoir référé ce cas.

[Votre avis nous intéresse cliquer ici](#)

Dr Jean-Baptiste DEFFONTAINES
Vétérinaire itinérant en chirurgie canine et féline en
Normandie

SELARL Crigel
Clinique vétérinaire

36 Guynemer, Caen (14)

