

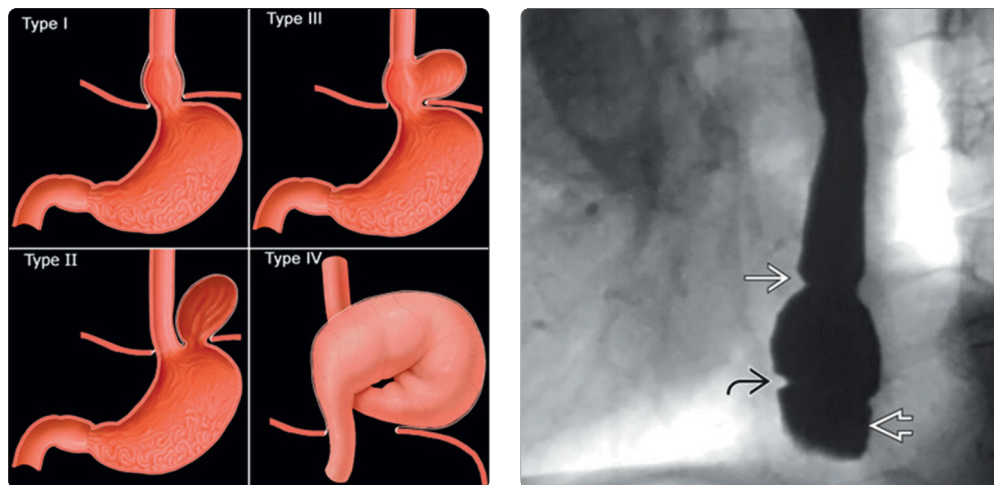
La hernie hiatale représente une pathologie digestive extrêmement fréquente en pratique clinique, souvent asymptomatique et découverte fortuitement lors d'un examen endoscopique ou radiologique. Sa relation étroite avec le RGO (reflux gastro-œsophagien) en fait un sujet de première importance pour la surveillance et l'éducation infirmières. Les formes volumineuses, en revanche, peuvent exposer à des complications aiguës graves, dont le volvulus gastrique constitue la plus redoutée.

1 Données épidémiologiques et prévalence

A Définition

La hernie hiatale est définie par la migration d'une partie de l'estomac, voire d'autres viscéres abdominaux dans les formes volumineuses, dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme. Cette migration résulte de la laxité progressive de la membrane phrénéo-œsophagienne de Laimer-Bertelli, tissu élastique qui ancre normalement l'œsophage distal sous le diaphragme. Selon la classification anatomique, on distingue quatre types de hernies hiatales, dont les implications cliniques et thérapeutiques diffèrent significativement (figure 7.1).

Figure 7.1. Hernies hiatales : classification anatomique et aspect radiologique.



Cette figure illustre les différents types de **hernie hiatale** ainsi que leur visualisation en imagerie. À gauche, la classification distingue la hernie de type I (par glissement, la plus fréquente), où la jonction œsogastrique remonte dans le thorax, et les types II à IV (hernies para-œsophagiennes), caractérisées par une ascension partielle ou totale de l'estomac à côté de l'œsophage, avec un risque accru de complications.

À droite, l'imagerie (transit œso-gastro-duodénal [TOGD]) met en évidence la **migration intrathoracique de l'estomac**, avec une poche herniaire visible au-dessus du diaphragme. Ces anomalies anatomiques peuvent être responsables de reflux gastro-œsophagien, de dysphagie ou de complications mécaniques comme le volvulus gastrique.

Source : Federle MP, Raman SP. Imagerie abdominale. Elsevier Masson; 2020.

B Épidémiologie et prévalence

La hernie hiatale est présente chez 10 à 15 % de la population adulte générale, avec une prévalence augmentant fortement avec l'âge (plus de 70 % des personnes de plus de 70 ans en données d'imagerie systématique). Elle reste asymptomatique dans la grande majorité des cas. Sa relation avec le RGO est étroite mais non exclusive : si la hernie hiatale par glissement est associée au RGO dans 90 % des cas, le RGO peut exister sans hernie dans 50 % des situations, ce qui nuance les discours éducatifs simplistes.

DOMAINE E

Démarche scientifique, initiation à la recherche et méthodologie

Le lien entre hernie hiatale, RGO chronique et adénocarcinome œsophagien est établi par de nombreuses études observationnelles. Une donnée contre-intuitive mérite d'être connue des soignants : la fundoplicature chirurgicale antireflux, bien qu'efficace sur le contrôle symptomatique du RGO, n'a pas démontré de réduction significative du risque de cancer de l'œsophage. Cette donnée nuance le discours éducatif auprès des patients et rappelle que la surveillance endoscopique reste indispensable même après chirurgie, en particulier en présence d'un œsophage de Barrett préexistant.

2 Anatomo-physiopathologie

A Classification anatomique et mécanismes

Le hiatus œsophagien est maintenu en position par la membrane phréo-œsophagienne de Laimer-Bertelli, dont la laxité progressive, favorisée par le vieillissement, l'obésité, les grossesses répétées et les efforts chroniques, est à l'origine de la hernie. La classification anatomique distingue quatre types fondamentaux, synthétisés dans le [tableau 7.1](#) suivant.

Tableau 7.1. Classification anatomique des hernies hiatales.

Type	Dénomination	Description anatomique	Fréquence	Symptômes et risques principaux
Type I	Hernie par glissement (axiale)	Migration axiale du cardia et du fundus gastrique au-dessus du diaphragme. Hernie réductible en position debout.	95 % des hernies	RGO (pyrosis, régurgitations), asymptomatique dans 50 % des cas. Effacement de l'angle de His.
Type II	Hernie para-œsophagienne pure	Cardia reste sous le diaphragme ; fundus hernie latéralement à travers un défaut phréo-œsophagien. Vrai sac herniaire péritonéal.	2-5 %	Souvent peu symptomatique mais risque de volvulus gastrique intrathoracique (urgence chirurgicale).

Type	Dénomination	Description anatomique	Fréquence	Symptômes et risques principaux
Type III	Hernie mixte	Cardia ET fundus herniés. Grande hernie hiatale.	Moins de 5 %	Dysphagie, douleurs thoraciques, anémie (ulcère de Cameron), risque de volvulus élevé.
Type IV	Hernie multiorganes	Estomac + côlon, grêle ou rate herniés dans le thorax.	Moins de 1 %	Compression pulmonaire, dyspnée, risque vital en cas de volvulus ou d'étranglement.

RGO : reflux gastro-œsophagien.

D'après Kim P, Turcotte J, Park A. Hiatal hernia classification—Way past its shelf life. *Surgery*. 2021;170(2):642-643.

doi:10.1016/j.surg.2021.02.062

B Facteurs favorisants

Les facteurs favorisant la formation et la progression de la hernie hiatale sont principalement mécaniques. L'obésité majore la pression intra-abdominale chronique, représentant le facteur de risque modifiable le plus important. Le vieillissement est associé à la perte d'élasticité des structures phrénéo-œsophagiennes. Les grossesses répétées, la constipation chronique avec efforts de poussée répétés et les pathologies associées à une distension abdominale chronique contribuent également. Certains facteurs iatrogènes (pneumopéritoine chirurgical) ou constitutionnels (collagénopathies) peuvent favoriser les hernies volumineuses.

3 Sémiologie et diagnostic

A Signes cliniques

La hernie hiatale est fréquemment asymptomatique. Lorsqu'elle est symptomatique, le tableau clinique dépend du type anatomique. Dans la hernie par glissement (type I, 95 % des cas), les symptômes sont dominés par le RGO : pyrosis rétrosternal post-prandial et en décubitus, régurgitations acides nocturnes, éructations, dysphagie intermittente et toux chronique irritative. Dans la hernie par roulement (types II, III, IV), le tableau est différent : douleur thoracique ou épigastrique, intolérance alimentaire, dyspnée d'effort par compression médiastinale, voire vomissements. Des signes d'anémie ferriprive peuvent révéler des saignements occultes liés aux érosions muqueuses au collet herniaire (ulcère de Cameron).

B Examens complémentaires

La FOGD (fibroscopie œso-gastro-duodénale) est l'examen de première intention chez tout patient symptomatique, permettant la visualisation de la hernie, l'évaluation des lésions muqueuses et la recherche d'un endobrachyœsophage (EBO). Le TOGD baryté précise le type anatomique de la hernie, la dynamique de déglutition, la longueur œsophagienne et recherche un brachyœsophage. Le scanner thoraco-abdominal est l'examen de référence morphologique pour les hernies volumineuses de types III et IV, mesurant le défaut hiatal, précisant les organes herniés et évaluant leur vascularisation. La pH-métrie des 24 heures est indiquée dans le bilan préchirurgical ou en cas de RGO réfractaire. La manométrie haute résolution est systématique avant toute chirurgie pour évaluer la motricité œsophagienne et éliminer un trouble moteur associé contre-indiquant certaines fundoplicatures.

Communication, travail en équipe et leadership

La coordination pluridisciplinaire est particulièrement importante dans la hernie hiatale. Elle implique le gastro-entérologue (prescription, surveillance endoscopique), le médecin traitant (suivi au long cours, gestion de la constipation et du poids), le diététicien (programme de réduction pondérale adapté) et le chirurgien digestif en cas d'échec du traitement médical ou de hernie volumineuse de types II, III, IV.

L'infirmier assure le lien entre ces intervenants, garantit la continuité du suivi et s'assure que le patient dispose des coordonnées nécessaires pour signaler sans délai tout signe d'alarme (dysphagie brutale, douleur thoracique intense, vomissements incoercibles).

C Évolution de la maladie

L'évolution de la hernie hiatale est variable selon le type et la taille. Les hernies par glissement asymptomatiques restent souvent stables et ne nécessitent aucun traitement. Lorsqu'un RGO est associé, l'évolution non traitée peut conduire aux mêmes complications que l'œsophagite peptique : endobrachyœsophage, sténose peptique et adénocarcinome. Les hernies volumineuses de types III et IV exposent à des complications aiguës graves. Le volvulus gastrique, complication la plus redoutée, survient dans 4 % des cas avec une mortalité de 30 % par ischémie ou nécrose gastrique. Les grosses hernies peuvent également comprimer le parenchyme pulmonaire, entraînant dyspnée d'effort et infections bronchiques récidivantes.

D Stratégies de prévention

La prévention de la hernie hiatale repose sur la maîtrise des facteurs mécaniques qui élèvent la pression intra-abdominale : contrôle du poids (facteur de risque modifiable majeur), arrêt du tabac, traitement d'une constipation chronique et évitement des efforts de poussée répétés. Chez la femme enceinte, la surélévation de la tête du lit et l'adaptation alimentaire permettent de limiter les symptômes de RGO gestationnel. En prévention tertiaire, la surveillance endoscopique régulière des patients porteurs d'une hernie hiatale avec RGO chronique vise à dépister précocement un endobrachyœsophage ou une dysplasie muqueuse.

4 Traitements

La stratégie thérapeutique est déterminée par le type anatomique de la hernie, la présence et la sévérité des symptômes et l'existence de complications.

A Traitement médicamenteux

Les hernies de type I asymptomatiques ou peu symptomatiques relèvent du traitement médical : IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) (dose standard ou double dose selon la sévérité de l'œsophagite associée), pris 30 minutes avant le repas, et mesures hygiéno-diététiques identiques à celles du RGO (restriction des aliments gras et irritants, fractionnement des repas, surélévation de la tête du lit de 15 à 20 cm, réduction pondérale).

B Traitement chirurgical

Les indications chirurgicales sont réservées aux hernies symptomatiques réfractaires au traitement médical, aux hernies para-œsophagiennes volumineuses (types II, III, IV) en

raison du risque de volvulus, aux volvulus aigus et aux complications (ulcère de Cameron avec anémie sévère, obstruction). La laparoscopie hiatale avec fundoplicature (Nissen 360° ou Toupet 270° selon la motricité œsophagienne) est l'approche chirurgicale de référence, comprenant la réduction du contenu hernié, la fermeture du hiatus par sutures ou filet prothétique et la fundoplicature antireflux. La durée d'hospitalisation est de 2 à 4 jours. Le taux de récurrence herniaire est de 10 à 15 % à 5 ans, plus élevé pour les grosses hernies.

C Traitement non médicamenteux

Les complications aiguës (volvulus gastrique intrathoracique avec triade de Borchardt : douleur épigastrique intense et brutale, tentatives de vomissements infructueux et impossibilité de passer une sonde nasogastrique) constituent une urgence chirurgicale absolue dont la mortalité atteint 50 à 80 % en cas de nécrose gastrique constituée.

5 Risques, complications et évolution

A Complications

La complication la plus fréquente et bénigne est l'ulcère de Cameron, ulcérations linéaires au collet de la hernie, principal mode de révélation d'une anémie ferriprive chronique inexpiquée. La complication la plus grave est le volvulus gastrique intrathoracique, associé aux hernies de types II, III et IV, urgence chirurgicale absolue avec mortalité de 50 à 80 % en cas de nécrose. Les grosses hernies peuvent comprimer le parenchyme pulmonaire, entraînant dyspnée d'effort et infections bronchiques récidivantes. Sur le long terme, le risque de progression vers l'endobrachyœsophage et l'adénocarcinome est identique à celui du RGO chronique associé.

B Stratégies de prévention des complications

La prévention repose sur la correction des facteurs mécaniques modifiables (poids, constipation), l'indication chirurgicale précoce pour les hernies volumineuses asymptomatiques de types II, III et IV avant la survenue du volvulus, et la surveillance endoscopique régulière des patients porteurs d'une hernie hiatale avec RGO chronique pour dépister l'endobrachyœsophage.

DOMAINE C

Prévention et promotion de la santé

La hernie hiatale illustre parfaitement la convergence entre soins curatifs et promotion de la santé. Comme pathologie étroitement liée aux comportements et aux déterminants de santé modifiables, elle s'inscrit dans le cadre de la charte d'Ottawa (1986).

À l'échelle individuelle, les compétences d'autosoin à développer sont concrètes : adapter son alimentation (fractionner les repas, éviter les aliments favorisant le reflux), corriger sa posture (position semi-assise post-prandiale, surélévation de la tête du lit), gérer son poids et comprendre le mécanisme de sa maladie.

À l'échelle collective, la prévalence croissante de la hernie hiatale dans les pays occidentaux est indissociable de l'épidémie d'obésité, elle-même déterminée par des facteurs socio-environnementaux (sédentarité, alimentation ultratransformée, inégalités sociales de santé). La promotion de la santé engage ici les politiques publiques de nutrition et de lutte contre les inégalités d'accès aux soins.

Surveillance périopératoire de la fundoplicature laparoscopique

Préparation préopératoire : vérification de l'identité, du bilan biologique (NFS [numération formule sanguine], TP [taux de prothrombine]-TCA, groupe-RAI [recherche d'agglutinines irrégulières]), de la prescription anesthésique. Expliquer au patient que la laparoscopie utilise trois à cinq trocars, avec une hospitalisation de 2 à 4 jours. Insister sur le jeûne strict à partir de minuit (solides) et 2 heures avant (liquides clairs).

Surveillance postopératoire J0-J1 : douleurs abdominales et scapulaires à évaluer (EVA [échelle visuelle analogique] toutes les 2 heures : les douleurs scapulaires sont liées à l'irritation diaphragmatique par le CO₂, normales et transitoires), nausées et vomissements (risque de distension de la fundoplicature en cas de vomissements répétés : antiémétiques préventifs), température (fièvre supérieure à 38,5 °C à J + 2 = suspecter fistule, hématome ou infection). Surveillance de la diurèse horaire.

Alimentation progressive : liquides clairs à J + 1, alimentation mixée de J + 2 à J + 3, semi-liquides à J + 7, repas normaux de J + 21 à J + 30. La dysphagie postopératoire transitoire pendant 2 à 4 semaines est attendue (œdème de la zone opérée) et ne doit pas alarmer le patient si elle est modérée et régressive.

Éducation à la sortie : expliquer le *gas-bloat* syndrome (sensation de ballonnement, impossibilité d'éructer : résolutif en 3 à 6 mois dans la majorité des cas), l'interdiction des boissons gazeuses et des repas pris rapidement. Signes nécessitant un retour en urgence : dysphagie sévère et brutale, douleur abdominale intense, fièvre supérieure à 38,5 °C, vomissements de sang.

Fiche 4 Raisonnement clinique

Hernie hiatale avec RGO réfractaire et errance diagnostique

Situation clinique initiale

Mme R., 61 ans, IMC à 33, est adressée en gastro-entérologie pour douleurs épigastriques et rétrosternales évoluant depuis 3 ans, résistantes à l'oméprazole 20 mg par jour pris en automédication. Elle rapporte des régurgitations nocturnes, une toux matinale chronique et un enrouement intermittent ayant motivé deux consultations ORL sans diagnostic. La FOGD retrouve une hernie hiatale par glissement de 4 cm avec œsophagite grade B de Los Angeles. Elle dit : « Je pensais que c'était du stress. On ne m'a jamais dit que mon estomac remontait. »

Questions d'apprentissage

Question 1 : Analysez cette situation et formulez un diagnostic infirmier principal.

Question 2 : Planifiez une éducation thérapeutique adaptée à Mme R. pour les 4 premières semaines.

Démarche de raisonnement clinique pas à pas

● Étape 1. Recueil structuré des données

Données subjectives : douleurs épigastriques et rétrosternales depuis 3 ans, prise d'oméprazole 20 mg par jour en automédication sans amélioration notable, régurgitations nocturnes, toux matinale chronique et enrouement non rattachés au RGO par les professionnels ORL consultés.

Données objectives : IMC 33, hernie hiatale 4 cm, œsophagite grade B de Los Angeles, oméprazole sous-dosé et mal administré (automédication, dose insuffisante, horaire non respecté).

Données contextuelles : sous-traitement depuis 3 ans, facteurs aggravants modifiables cumulés (obésité, sédentarité probable), méconnaissance totale du mécanisme de la maladie. Manifestations extradiigestives (toux, enrouement) n'ayant jamais été rattachées au RGO, expliquant l'errance diagnostique de 3 ans.

● Étape 2. Analyse et priorisation

Priorité 1 : correction du traitement médicamenteux – passage à l'ésoméprazole 40 mg double dose, 30 minutes avant les deux repas principaux.

Priorité 2 : éducation sur le mécanisme de la hernie hiatale et du RGO, notamment la compréhension du lien entre hernie, reflux, toux et enrouement.

Priorité 3 : accompagnement vers la réduction pondérale (IMC 33, facteur aggravant majeur).

● Étape 3. Diagnostic infirmier

Manque de connaissances sur la hernie hiatale et le RGO, lié à l'absence d'éducation antérieure, se manifestant par une automédication inadaptée depuis 3 ans et une incompréhension des symptômes extradiigestifs.

● Étape 4. Objectifs mesurables à court et moyen termes

À 1 mois : Mme R. prend l'ésoméprazole 40 mg 30 minutes avant les deux repas principaux, reformule le lien RGO-toux-enrouement et a surélevé la tête de son lit.

À 3 mois : perte de 3 à 4 kg confirmée, FOGD de contrôle programmée.

● Étape 5. Plan d'interventions coordonné

Explication du mécanisme de la hernie avec schéma simple – « la partie supérieure de votre estomac remonte dans le thorax à travers un orifice du diaphragme, ce qui affaiblit le clapet entre l'estomac et l'œsophage et permet au contenu acide de remonter ». Correction immédiate des modalités de prise des IPP. Remise d'une fiche diététique. Orientation vers un diététicien pour la réduction pondérale. Réévaluation de la constipation par le médecin traitant (facteur aggravant l'hyperpression abdominale).

● Étape 6. Critères de déclenchement et conduites associées

Toute dysphagie d'apparition récente ou douleur thoracique intense impose une consultation urgente sans attendre le contrôle endoscopique planifié.

● Étape 7. Évaluation et réajustement

Consultation infirmière de suivi à 1 mois : vérification de l'observance et de la posologie des IPP, du poids, de la persistance des symptômes ORL (toux, enrouement), de la compréhension maintenue du mécanisme de la hernie.

Traçabilité SOAPIER

S (Subjectif) : « Je prenais mon médicament le matin mais ça brûle encore la nuit. »

O (Objectif) : IMC 33, hernie 4 cm, œsophagite grade B, oméprazole 20 mg sans délai préprandial, toux et enrouement non rattachés au RGO.

A (Analyse) : Sous-traitement depuis 3 ans, facteurs aggravants non corrigés, risque évolutif vers l'EBO.

P (Plan) : Ésoméprazole 40 mg double dose, éducation thérapeutique, surélévation du lit, orientation diététicien, FOGD de contrôle à trois mois.

I (Interventions) : Entretien éducatif réalisé, fiche remise, plan de prise écrit donné, rendez-vous diététicien fixé.

E (Évaluation) : Madame R. reformule correctement le mécanisme et identifie son erreur de prise.

R (Réajustement) : Consultation infirmière de suivi à un mois, vérification observance et confirmation FOGD.

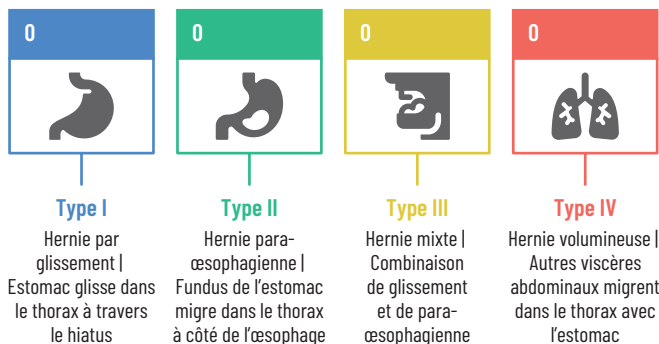
Transmission CDAR : Mme R., 61 ans, hernie hiatale avec RGO réfractaire et errance diagnostique.

Composante	Contenu
C – Cible	Sous-traitement du RGO depuis 3 ans par automédication inadaptée, avec méconnaissance du mécanisme de la hernie hiatale et de ses manifestations extradigestives.
D – Données	Patiente déclarant : « Je prenais mon médicament le matin mais ça brûle encore la nuit. » Douleurs épigastriques et rétrosternales depuis 3 ans, régurgitations nocturnes, toux matinale chronique et enrouement non rattachés au RGO. IMC à 33. Hernie hiatale de 4 cm, œsophagite grade B de Los Angeles. Oméprazole 20 mg pris en automédication sans respect du délai préprandial.
A – Actions	Entretien éducatif réalisé avec schéma anatomique de la hernie hiatale. Explication du lien RGO, toux et enrouement. Passage à l'ésoméprazole 40 mg double dose 30 min avant les deux repas principaux selon prescription. Plan de prise écrit remis. Surélévation de la tête du lit expliquée et recommandée. Fiche diététique remise. Rendez-vous diététicien fixé. FOGD de contrôle programmée à 3 mois.
R – Résultats	Patiente reformule correctement le mécanisme de la hernie et identifie son erreur de prise médicamenteuse antérieure. Adhésion au nouveau plan thérapeutique verbalisée. Consultation infirmière de suivi à 1 mois programmée : vérification de l'observance des IPP, du poids et de la persistance des symptômes ORL. Alerte immédiate si dysphagie d'apparition récente ou douleur thoracique intense.

FOGD : fibroscopie œso-gastro-duodénale ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons ;
RGO : reflux gastro-œsophagien.

SYNTHÈSE

Classification anatomique des hernies hiatales



Facteurs favorisants de la hernie hiatale

