

FAIT CLINIQUE

HERNIES INTERNES (HI) DE L'ABDOMEN DANS LEUR VARIÉTÉ SOUS MÉSO-COLIQUE: DEUX CAS OBSERVÉS À L'HÔPITAL SAINT JOSEPH DE DATCHA (TOGO)

INTERNAL HERNIAS (HI): EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTIC, THERAPEUTIC AND EVOLUTIVE ABOUT TWO (2) CASES DIAGNOSED AT SAINT JOSEPH HOSPITAL DATCHA (ATAKPAME, TOGO)

KA SAKIYE *, I. KASSENE **, K. ADABRA ***, D. DOSSEH ****

* Assistant-chef de clinique de chirurgie générale, Hôpital Saint Joseph de Datcha (Togo).

** Assistant-chef de clinique de chirurgie générale, CHU de Kara (Togo).

*** Assistant-chef de clinique de chirurgie générale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

**** Professeur de chirurgie générale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent 2 cas de hernies internes et insistent sur les difficultés du diagnostic préopératoire et sur la nécessité d'un traitement rapide.

Mots clés: *hernie interne, transméésentérique.*

SUMMARY

The authors reported 2 cases of internal hernia and highlighted the difficulties of preoperative diagnosis and the need of quick treatment.

Keywords: *internal hernia, transmesenteric.*

Tirés à part:

SAKIYE K. A., chirurgien, Assistant-chef de clinique de chirurgie générale de l'Université de Lomé, Hôpital Saint Joseph de Datcha (Togo). E-mail: sakiyeaboza@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les hernies internes (HI) de l'abdomen correspondent à une issue d'intestin à travers un orifice intra-abdominal, orifice herniaire se développant soit dans un orifice intra-abdominal naturel, soit dans un orifice intra-abdominal anormal, soit dans un espace rétro- ou sous-péritonéal [1, 2]. De diagnostic préopératoire très difficile, elles représentent une entité rare de pathologie chirurgicale abdominale de l'adulte et leur diagnostic rentre souvent dans le cadre d'une occlusion intestinale [1, 2]. Elles sont bénignes lorsque la prise en charge est adéquate et la confirmation du diagnostic est surtout peropératoire même si l'imagerie médicale est d'un apport important. Lorsque la prise en charge est rapide, la vitalité du grêle incarcéré est rarement compromise car l'orifice est généralement large, à bords souples et les résultats dans l'ensemble sont excellents [1, 2].

Sa rareté souvent exprimée dans la littérature [1-3] nous a incités à rapporter deux cas observés dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital Saint Joseph de Datcha.

OBSERVATION

Cas 1

Il s'agit d'un jeune garçon de 16 ans, élève, admis dans le service de médecine de l'hôpital pour des douleurs abdominales atroces d'apparition brutale à prédominance périombilicale associées à une fièvre et à des vomissements postprandiaux précoces sans notion d'arrêt de matières et de gaz. Dans les antécédents, le garçon n'avait aucune tare connue et aucun antécédent chirurgical.

L'examen clinique à l'admission avait permis de noter un état général conservé avec un abdomen souple et sensible dans son ensemble.

Deux jours plus tard s'est associée une rétention d'urine qui a motivé un sondage vésical. Le 3ème jour, le patient était devenu asthénique, dyspnéique, couvert de sueurs, avec un état hémodynamique stable et un abdomen contracturé très douloureux. La radiographie de l'ASP a montré une opacité diffuse en rapport avec un important épanchement liquidien intra abdominal, la présence de rares niveaux hydroaériques (NHA) centraux plus larges que hauts en rapport avec une occlusion du grêle et l'absence de croissants gazeux. Le bilan biologique a permis de noter un syndrome inflammatoire (numération blanche à 10.000/mm³, la vitesse de sédimentation à 36mm à la 1ère heure) et une anémie modérée (9,8g/dl).

Devant la contracture abdominale généralisée, nous avons procédé à une laparotomie. L'abord a été médian à cheval sur l'ombilic. A l'ouverture on a noté :

- un important épanchement sanglant d'environ 3 litres dans la cavité abdominale;
- une volumineuse hernie transmésentérique

irréductible avec un collet très serré et des anses grêles sphacélées distendues et fragiles.

Après vidange du grêle par une petite ouverture sur une anse sphacélée et après réduction de la hernie, nous découvrons un orifice herniaire large ovalaire de 12cm×9cm à bords réguliers, bien nets, situé dans le mésentère et s'étendant en dehors de l'aire avasculaire de Trèves (environ à 80 cm de l'axe iléo-cæco-appendiculaire).

Nous procédons à une résection puis à un rétablissement immédiat de la continuité digestive par une anastomose termino-terminale, à une fermeture de l'orifice du mésentère, à un lavage abondant de la cavité abdominale au sérum physiologique et la fermeture s'est faite sur un drain tubulaire passif.

Les suites opératoires ont été simples avec une reprise du transit à J3 postopératoire et une sortie du patient au 7ème jour postopératoire.

Cas 2

Il s'agit d'une patiente de 55 ans, référée d'un centre médico-social pour la prise en charge d'un syndrome occlusif évoluant depuis 8 jours. L'histoire de la maladie évoquait des douleurs abdominales intenses à type de crampe, d'apparition brutale, au début localisées en zone périombilicale ensuite généralisées à tout l'abdomen, ne cédant pas aux antalgiques habituels, associées à des vomissements au début alimentaires puis bilieux, le tout évoluant depuis 8 jours, avec un arrêt du transit depuis 5 jours.

L'examen clinique a permis de noter une température à 37°8C, une langue saburrale, une asthénie et une anorexie, un syndrome d'irritation péritonéale. A l'inspection l'abdomen était ballonné avec un important météorisme, ne portant pas de cicatrice opératoire. A la palpation on observait une défense généralisée à tout l'abdomen et à la percussion un tympanisme périombilical et une matité déclive des flancs. L'abdomen était silencieux à l'auscultation, et le cul-de-sac bombé et douloureux aux touchers pelviens. On notait une tachycardie régulière à 102 battements par minute.

La radiographie de l'abdomen sans préparation réalisée à l'entrée a permis de noter :

- la présence de nombreux niveaux hydroaériques (NHA) centraux, plus larges que hauts traduisant une occlusion du grêle;
- une grisaille diffuse témoignant d'un épanchement liquidien intra abdominal;
- une absence de croissants gazeux intra abdominal.

Une tomодensitométrie abdominale sans injection de produit de contraste réalisée à l'entrée a montré une dilatation diffuse du grêle sans véritable obstacle faisant évoquer une occlusion du grêle non mécanique. Sur le plan biologique, elle présentait une hyperleucocytose à 21000/mm³, une anémie à 8,4 g/dl, une insuffisance rénale fonctionnelle avec une créatininémie à 38 mg/l.

Une laparotomie médiane sus et sous ombilicale a permis de noter :

- la présence d'un liquide purulent intra abdominal d'environ 1,2 litre ;
- une hernie interne de la jonction iléo-coecale mobile à travers une brèche anormale à bords nets du mésentère située dans l'aire avasculaire de Trèves et une perforation diastatique iléale située à environ 30 cm de la jonction iléo-coecale à bords nets, d'environ 2cm de diamètre ;

Nous avons procédé à une réduction manuelle de la hernie interne avec une fermeture de l'orifice anormal du mésentère puis à une résection iléale d'environ 10 cm de part et d'autre de la perforation suivie d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale ; un lavage abondant au sérum physiologique de la cavité abdominale fermée ensuite sur un drain de Delbet.

Les suites opératoires étaient faites d'une reprise du transit à J4 postopératoire et une suppuration de la plaie opératoire. La durée d'hospitalisation était de 30 jours.

DISCUSSION

Les HI constituent une entité rare. Armstrong et al. [2], par une étude rétrospective sur une période de 26 ans (1979-2005), n'ont recensé que 14 cas. Pour Kotobi et al. [1], leur rareté est attestée par le fait que l'ensemble des HI ne représente que 0,5 à 1% de toutes les occlusions intestinales aiguës [1, 4-6].

Les HI sont rares mais graves [1, 2] et sont souvent découvertes au stade d'occlusion ou de péritonite par sphacèle des anses herniées. Ainsi dans notre série, l'expression clinique était une péritonite aiguë généralisée. Armstrong et al. [2] ont retrouvé deux cas de péritonites secondaires à des hernies internes. Mais la vitalité du grêle incarcéré serait rarement compromise car l'orifice est généralement large [1].

Bien que classiques, les hernies transmésentériques sont exceptionnelles et les complications ont souvent été décrites à un âge pédiatrique [7], alimentant l'hypothèse d'une origine congénitale du defect [1, 7]. Cette situation s'est présentée chez notre 1er malade de 16 ans qui avait un orifice herniaire à bord régulier sans notion de traumatisme. Néanmoins, des cas de hernies transmésentériques ont également été décrits à l'âge adulte [1], tout comme pour notre 2ème malade. Les hernies transmésentériques intéressent presque toujours l'aire triangulaire avasculaire de Trèves, située entre l'axe mésentérique supérieur, en dedans, et l'axe iléo-cæco-appendiculaire, en dehors. Le defect prend le plus souvent la forme d'une fente, s'étendant parfois sur toute la hauteur du mésentère [8]. Enfin, l'orifice est généralement unique et la hernie ne comporte jamais de sac [8].

Du point de vue clinique, le tableau est celui d'une occlusion intestinale aiguë du grêle [1]. Armstrong et al.

[2] ont trouvé dans leur série 9 cas d'occlusions intestinales, 3 cas de péritonite et 1 cas de douleur abdominale aiguë. Pour Gullino et al. [9], la symptomatologie est totalement non spécifique. La HI peut même être asymptomatique ; ce fut le cas chez un malade dans la série de Armstrong et al (la découverte a été fortuite lors d'une laparotomie pour une autre cause [2]).

Dans tous les cas le diagnostic préopératoire d'une HI est très difficile et n'est que rarement évoqué [1]. Dans notre étude, le diagnostic n'a jamais été évoqué en préopératoire. Pour Armstrong et al. [2], sur les 14 cas, le diagnostic préopératoire a été évoqué dans 2 cas. Pour Gullino et al. [9], le diagnostic pré opératoire des HI est pratiquement impossible, et dans plusieurs cas il ne le sera pas du fait du temps court dont on dispose pour la prise en charge. Pour Pessaux et al. [10], seul dans 1 cas le diagnostic préopératoire avait été évoqué.

L'apport des examens paracliniques reste limité au bilan de retentissement et à la confirmation diagnostique de l'occlusion par l'ASP et/ou la TDM. Aucun examen morphologique ne permet d'identifier formellement une HI comme étant l'étiologie d'une occlusion intestinale aiguë du grêle. Cependant, pour les hernies à travers l'hiatus de Winslow, le diagnostic peut être confirmé soit par un transit du grêle [11], soit par un scanner avec injection qui montre alors la présence d'intestin grêle dans l'arrière-cavité des épiploons, ainsi que des vaisseaux mésentériques distaux sous tension passant au travers du hiatus de Winslow [4]. Dans la littérature, environ 10 % des cas seulement sont diagnostiqués en préopératoire [12]. Pour les hernies transépiploïques, le transit du grêle peut confirmer le diagnostic [13], au mieux, si l'occlusion est incomplète [5]. Cependant, de nombreux auteurs insistent sur l'intérêt du scanner avec injection pour faire le diagnostic en préopératoire [14-16], notamment parce qu'il permet parfois de visualiser le passage de vaisseaux mésentériques à travers le defect épiploïque [17]. Néanmoins, d'après la littérature, seules 8 % des hernies transépiploïques seraient diagnostiquées en préopératoire [15].

Pour les hernies transmésentériques, le scanner abdominal avec injection semble être le meilleur examen pour confirmer le mécanisme de l'occlusion, lorsqu'il montre la présence d'anses grêles fixées et épaissies en arrière du mésentère, qui apparaît lui-même projeté en avant [1]. Mais, en réalité, le diagnostic préopératoire reste exceptionnel. Ce fut le cas dans notre série, malgré les examens morphologiques réalisés.

Pour les hernies transmésocoliques, le transit du grêle ainsi que le scanner abdominal, s'ils sont demandés en préopératoire, permettent le plus souvent d'évoquer le diagnostic de hernie interne, sans toutefois qu'il soit aisé d'en définir le type [18].

Pour les hernies paraduodénales gauches, l'ASP est le plus souvent peu contributif. L'examen de choix est classiquement le transit du grêle [19] qui permet de visualiser une masse intestinale comme « enserrée » dans un sac. L'artériographie [20], l'échodoppler [21], ainsi que l'imagerie par résonance magnétique [22] ont également été proposés, du fait d'un trajet anormalement antérieur de la veine mésentérique inférieure, repérable sur ces différents examens et qui doit permettre d'évoquer le diagnostic. Cependant, l'examen de choix est actuellement le scanner avec injection. Celui-ci est préconisé par la majorité des auteurs [23, 24] bien que certains aient signalé ses limites dans cette indication [25]. Enfin, en dehors de l'urgence, l'entéroscanner semble devoir être préféré à tout autre examen [19].

Pour les hernies paraduodénales droites, l'ASP est souvent normal ou révèle un syndrome occlusif grêlique non spécifique, cependant souvent asymétrique. L'examen de référence dans cette indication reste le transit du grêle, qui permet de faire le diagnostic sur l'aspect fixé du grêle, comme enserré dans un sac [26-29]. Récemment, certains auteurs proposent de réaliser un scanner avec injection et opacification haute [30] avec cependant quelques réserves quant à la sensibilité de cet examen pour permettre d'affirmer le diagnostic en préopératoire [31]. Enfin, l'entéroscanner, en dehors de l'urgence, pourrait bien devenir l'examen de choix dans cette indication [26].

Le traitement des HI est urgent et essentiellement chirurgical [1]. Les suites opératoires sont généralement simples (en fonction du délai de prise en charge et de l'état général du patient) et sans récurrences [1, 2].

La suppuration pariétale observée dans le 2^e cas est une complication habituellement liée aux conditions environnementales que sont l'hygiène déficiente, la chaleur mais aussi le caractère urgent de la prise en charge qui ne garantit pas toujours une asepsie rigoureuse contribuant ainsi à l'infection de la paroi [32]. Ces complications entraînent un allongement de la durée d'hospitalisation qui était de 30 jours dans notre 2^e observation. Ainsi, une prise en charge rapide et adéquate, et une amélioration des conditions d'hygiène et de vie pourraient réduire ces complications infectieuses.

CONCLUSION

Les HI constituent un groupe d'affections rares dont le diagnostic préopératoire reste très difficile. Il convient de savoir y penser devant tout patient qui n'a jamais été opéré et chez qui il n'y a pas d'autres causes d'occlusion de type pariétal. Tout syndrome occlusif de diagnostic étiologique indéterminé devrait donc faire suspecter une hernie interne. Les HI imposent surtout une intervention urgente car tout retard expose à des complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

RÉFÉRENCES

[1]- Kotobi H, Echaieb A, Gallot D. Traitement chirurgical des hernies rares. EMC 2005 : 40-445.

[2]- Armstrong O, Miraille E, Letessier E, Hamel A, Hamel O, Rogez JM, Robert R, Leborgne J, LE Neel J.C, Leborgne J. Hernies intra abdominales A propos de 14 cas. Elsevier Masson SAS 2005 ; vol 89, N°287 : 195.

[3]- Medarhri J, El Ounani M, Rachid K, Jaafar A, Iken A, Echarrab M, El Amraoui M, Benchekroun A, Balafrej S. Hernie interne para-duodénale gauche, à propos d'une nouvelle observation. Médecine du Maghreb 1997 ; 62: 19-22.

[4]- Iisalo P, Mero M. Hernia through the foramen of Winslow. Ann Chir Gynaecol 1978;67:195-7.

[5]- Tran TL, Regan F, AlKutoubi MA. Computed tomography of lesser sac hernia through the gastrohepatic omentum. Br J Radiol 1991;64: 372-4.

[6]- Mac Donagh T, Jelinek GA. Two cases of paraduodenal hernia, a rare internal hernia. J Accid Emerg Med 1996;13:64-8.

- [7]- Fujita A, Takaya J, Takada K, Ishihara T, Hamada Y, Harada Y, et al. Transmesenteric hernia: report of two patients with diagnostic emphasis on plain abdominal X-ray finding. *Eur J Pediatr* 2003;162:147-9.
- [8]- Quénu J, Loygue J, Perrotin J, Dubost C, Moreaux J. Laparotomies pour occlusion intestinale. In: Opérations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif. Paris: Masson;1967.p.1140-52.
- [9]- Gullino D, Giordano O, Gullino E. Internal hernia of the abdomen. A propos of 14 cas. *J. Chir* 1993;130:179-95.
- [10]- Pessaux P, Tuech J.J., Derouet N., Du Plessis R., Ronceray J., Arnaud J.P. Hernie interne, une cause rare d'obstruction intestinale. À propos de 14 cas *Ann Chir* 1999;53:870-3.
- [11]- Wojtasek DA, Codner MA, Nowak EJ. CT diagnosis of cecal herniation through the foramen of Winslow. *Gastrointest Radiol* 1991;16:77-9.
- [12]- Ohkuma R, Miyazaki K. Hernia through the foramen of Winslow. *Jpn J Surg* 1977;7:151-7.
- [13]- Luchtman M, Berant M, Assa J. Transomental strangulation. *J Pediatr Surg* 1978;13:439-40.
- [14]- Okayasu K, Tamamoto F, Nakanishi A, Takanashi T, Maehara T. A case of incarcerated lesser sac hernia protruding simultaneously through both the gastrocolic and gastrohepatic omenta. *Radiat Med* 2002;20:105-7.
- [15]- Kobayashi T, Mouri T, Fujii T. A case report and literature reviews of trans-omental hernia. *Rinsho Geka* 1994;49:1501-5.
- [16]- Bolin TE. Internal herniation through the broad ligament. *Acta Chir Scand* 1987;153:691-3.
- [17]- Delabrousse E, Couvreur M, Saguet O, Heyd B, Brunelle S, Kastler B. Strangulated transomental hernia: CT findings. *Abdom Imaging* 2001;26:86-8.
- [18]- Merrot T, Anastasescu R, Pankevych T, Chaumoitre K, Alessandrini P. Small bowel obstruction caused by congenital mesocolic hernia: case report. *J Pediatr Surg* 2003;38:11-12.
- [19]- Moran JM, Salas J, Sanjuan S, Amaya JL, Rincon P, Serrano A, et al. Paramesocolic hernias: consequences of delayed diagnosis. Report of three new cases. *J Pediatr Surg* 2004;39:112-6.
- [20]- Meyers MA. Arteriographic diagnosis of internal (paraduodenal) hernia. *Radiology* 1969;92:1035-7.
- [21]- Wachsberg RH, Helinek TG, Merton DA. Internal abdominal hernia: diagnosis with ultrasonography. *Can Assoc Radiol J* 1994;45:223-4.
- [22]- Oriuchi T, Kinouchi Y, Hiwatashi N, Maekawa H, Watanabe H, Katsurashima Y, et al. Bilateral paraduodenal hernias: computed tomography and magnetic resonance imaging appearance. *Abdom Imaging* 1998;23:278-80.
- [23]- Passas V, Karavias D, Grilias D, Birbas A. Computed tomography of left paraduodenal hernia. *J Comput Assist Tomogr* 1986;10:542-3.
- [24]- Hirasaki S, Koide N, Shima Y, Nakagawa K, Sato A, Mizuo J, et al. Unusual variant of left paraduodenal herniated into the mesocolic fossa leading the jejuna strangulation. *J Gastroenterol* 1998;33:734-8.
- [25]- Patil R, Smith C, Brown M. Paraduodenal hernia presenting as unexplained recurrent abdominal pain. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3614-5.
- [26]- Turley K. Right paraduodenal hernia. *Arch Surg* 1979;114:1072-4.
- [27]- Gagic NM. Right paraduodenal hernia. *Can J Surg* 1982;25:71-2.
- [28]- Dengler WC, Reddy PP. Right paraduodenal hernia in childhood: a case report. *J Pediatr Surg* 1989;24:1153-4.
- [29]- Shinohara T, Okugawa K, Furuta C. Volvulus of small intestine caused by right paraduodenal hernia: a case report. *J Pediatr Surg* 2004;39:8-9.
- [30]- Antedomenico E, Singh NN, Zagorski SM, Dwyer K, Chung MH. Laparoscopic repair of a right paraduodenal hernia. *Surg Endosc* 2004;18:165-6.
- [31]- Yeoman LJ. Computed tomography appearances in a right paraduodenal hernia. *Clin Radiol* 1994;49:898-900.
- [32]- Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou JL, Lokossou T, Djiconkpo I et al. Evolution postopératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. *Med Trop* 2009;69:477-479.