

Hernie diaphragmatique de MORGANI-LARREY étranglée sur mésentère commun, à propos d'un cas

Strangulated MORGANI-LARREY diaphragmatic hernia on common mesentery, a case report

I. Boudis, R. Belouz, Cherball, Nekhoul, Bentallah, A. Brahimi, M. Saidani

Centre hospitalo-universitaire de Beni-Messous, Service de chirurgie générale et oncologique

Résumé :

Les hernies diaphragmatiques sont rares, représentées par les hernies de Bochdaleck et les hernies rétrocostoxyphoïdiennes de Morgani-Larrey, ces dernières sont plus fréquentes chez l'adulte et souvent asymptomatiques.

Le diagnostic est radiologique, le traitement est chirurgical afin d'éviter le risque d'étranglement.

Nous rapportons le cas clinique d'une patiente de 74 ans qui présente une hernie diaphragmatique tardivement par une occlusion intestinale aiguë, ayant bénéficiée d'une intervention chirurgicale par laparotomie avec réduction de la hernie et fermeture de la brèche diaphragmatique.

Mots clés : Hernie diaphragmatique étranglée, Occlusion intestinale aiguë, Hernie de morgani-larrey

Abstract :

Diaphragmatic hernias are rare, represented by bochdaleck and retrocostoxiphoid hernias of morgani-larrey, Morgani-larrey hernia is more frequent in adults and often asymptomatic.

The diagnosis is radiological (ct scan), The treatment is surgical in order to avoid the risk of strangulation

We report the clinical case of a 74-year-old patient who presents with a congenital diaphragmatic hernia revealed late by an acute intestinal obstruction who underwent surgical intervention by laparotomy with reduction of the hernia and closure of the diaphragmatic breach.

Keywords: Strangulated hernia, Morgani-larrey hernia

Introduction:

Les hernies rétro-costo-xyphoïdiennes constituent la forme la plus rare des hernies diaphragmatiques et représentent 2.5% de la totalité des hernies diaphragmatiques¹. Elles sont congénitales et asymptomatiques le plus souvent, plus fréquentes chez l'adulte. Elles peuvent se manifester par des douleurs épigastriques, une dyspnée et parfois des sensations d'oppression thoraciques². Le diagnostic est basé sur la radiologie (radiographie du thorax, une TDM injectée et un lavement opacifié). Les complications graves sont rares mais peuvent se voir (étranglement herniaire). Le traitement est chirurgical et consiste en une réduction du sac herniaire et une fermeture de la brèche : soit par du fil chirurgical, soit à l'aide d'une prothèse synthétique.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 74 ans, sans antécédents particuliers, consultant dans le cadre de l'urgence pour des vomissements avec arrêt des matières et des gaz, évoluant depuis 48 h, dans un contexte apyrétique

- **L'examen clinique** retrouve un patient en état général conservé et des constantes hemodynamiques correctes.
- **L'examen physique** note une distension abdominale avec défense généralisée, pas de masse palpable, les orifices herniaires sont libres, l'ampoule rectale est vide.
- **Biologie:**
 - GB: 11000 éléments/mm³
 - La fonction rénale est correcte.
 - L'ionogramme est correct.
- **L'Imagerie:**
 - Plusieurs ASP objectivent des niveaux hydro aériques grêliques et des bulles d'air en intra thoracique.

- Une TDM abdominopelvienne montre une volumineuse hernie diaphragmatique antérieure gauche, avec issue du colon transverse et ascendant, le cæcum est en position intra thoracique.

Il existe une striction de la dernière anse iléale, au niveau du collet herniaire et une distension des anses iléales d'amont avec absence de réaction liquidienne péritonéale.

Résultats :

Après décision opératoire en urgence, le patient est abordé par voie médiane sous anesthésie générale.

L'exploration retrouve une hernie de Morgani-Larrey gauche à contenu colique (cæcum, appendice, colon ascendant et transverse) avec striction de la dernière anse iléale, sans signes de souffrances apparents. Le reste du colon était collabé avec une distension grêliques d'amont. On a procédé à une réduction de la hernie avec fermeture de l'orifice herniaire. Les suites opératoires sont simples avec une reprise du transit à j 4 post op.

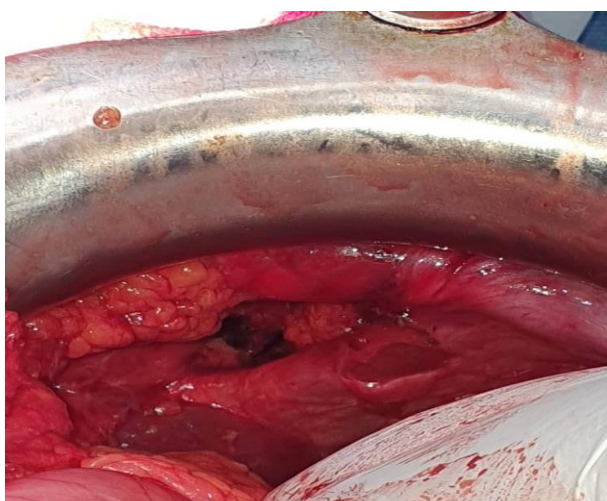


Figure 01 : l'orifice herniaire

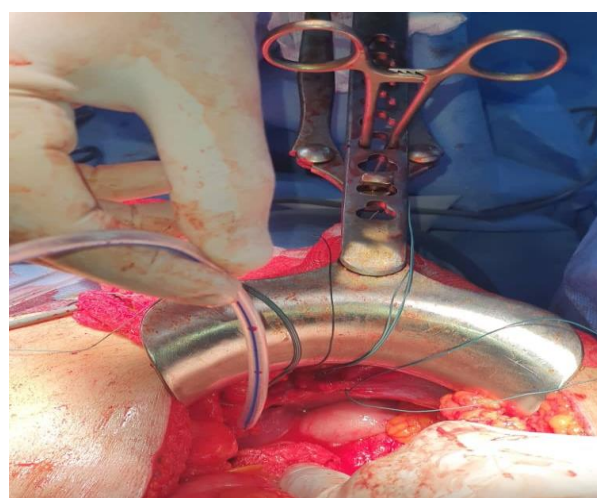


Figure 02 : fermeture de l'orifice sur

Discussion :

La hernie diaphragmatique a été décrite en 1761 par GIOVANNI MORGANI lors d'une autopsie d'un patient, décédé d'une nécrose colique par étranglement d'une hernie de la jonction sternocostale. LARREY DOMINIQUE quant à lui, insiste sur le défaut rétrosternal, lui donnant alors le nom de fente de LARREY. Elle siège à la jonction du diaphragme et de la partie antérieure du tronc à gauche. Son incidence est comprise entre 1 et 6 % de l'ensemble des hernies diaphragmatiques. Elle est bilatérale dans 7 % des cas. ¹ Le sac herniaire est invariablement présent, ce qui les distingue des hernies de Bochdaleck. Le contenu du sac est souvent le colon transverse et l'épiploon, rarement l'estomac, le foie et le pancréas ou la vésicule. ³ Souvent asymptomatique, elle est de découverte fortuite dans 20 % des cas. Les symptômes sont peu spécifiques et dépendent de l'orifice herniaire. Le diagnostic est posé devant la présence des bulles d'air (opacités arrondies), surmontant la coupole diaphragmatiques gauche ou droite, sur le cliché thoracique de face. En cas de doute, le transit œsogastroduodénal et le lavement baryté, permettent de repérer les viscères creux herniés et le siège du collet herniaire.

⁴

La TDM affirme aussi le diagnostic et reste l'examen le plus performant car elle permet d'identifier les viscères intra-thoraciques, de préciser le siège du collet herniaire, de différencier entre les tumeurs médiastinales et les organes en intra thoracique et plus rarement de découvrir une hernie diaphragmatique controlatérale. ⁵ La symptomatologie

clinique polymorphe et non spécifique ainsi que les limites de la radiographie thoracique, expliquent que le diagnostic est souvent posé chez l'adulte à l'occasion des complications aiguës qui peuvent être d'ordre respiratoire ou digestif, plus fréquemment sont la strangulation de l'estomac et la strangulation de l'intestin grêle ou du colon, qui se manifestent par un syndrome occlusif, comme le cas de notre patient. Plus rarement, la strangulation du tube digestif peut provoquer une ulcération hémorragique, ou une perforation diastatique ou ischémique. ⁶ le traitement de la hernie est chirurgical et consiste en une réduction avec fermeture du défaut diaphragmatique et résection des segments non viables en cas de complication ischémique. En l'absence de complications digestives ou pulmonaires, la vidéothoroscopie et la cœlioscopie peuvent être proposées ⁷. La mise en place d'une prothèse est sujette à discussion et doit être fixée à la face inférieure du diaphragme et si besoin aux espaces intercostaux correspondants ⁸.

Conclusion :

La hernie de Morgani-Larrey est une cause rare d'occlusion intestinale chez l'adulte. Le diagnostic doit donc être évoqué devant toute symptomatologie respiratoire ou digestive mal expliquée. La radiographie standard n'est pas suffisamment fiable pour le diagnostic d'où le rôle majeur du scanner thoraco-abdominal qui permet éventuellement la mise en évidence d'une complication digestive nécessitant une intervention en urgence. l'abord

cœlioscopique est la technique de choix en cas d'absence d'ischémie. l'utilisation de la prothèse n'est pas systématique.

Bibliographie :

1. Cullen ML, Klein MD, Philipart AI. Congenital diaphragmatic hernia. *Surg Clin North Am* 1985;65:1115-38.

Kaiser JR, Rosenfeld CR. A population-based study of congenital diaphragmatic hernia: impact of associated anomalies and preoperative blood gases on survival. *J Pediatr Surg* 1999;34:1196-202.

2. Ellyson JH, Parks SN. Hernia of Morgagni in a trauma patient. *J Trauma* 1986;26:569-70.

Flagelman D, Caridi JG. CT diagnosis of hernia of Morgagni. *Gastrointest Radiol* 1984;9:153-5.

3. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. *Surg Endosc* 2008; 22:1413-20.

4. Shah S. Laparoscopic repair of a chronic diaphragmatic hernia. *Surg Laparosc Endosc Percut Tech.* 2000 Jun;10(3):182-

PubMed | Google Scholar

5. Wyler S, Muff B, Neff U. Laparoskopischer Verschluss einer Bochdalek-Hernie Beim Erwachsenen. *Chirurg.* 2000; 71: 458- 61. Google Scholar

6. Tzeng JJ, Lai KH, Lo GH, Hsu JH, Mok KY. Gastropleural fistula caused by incarcerated diaphragmatic herniation of the

stomach. *Gastrointest Endosc.* 2001 Mar;53(3):382- 4. PubMed | Google Scholar

7. Ambrogi V, Forcella D, Gatti A, Vanni G, Mineo TC. Transthoracic repair of Morgagni's hernia: a 20-year experience from open to videoassisted approach. *Surg Endosc* 2007;21:587-91.

8. Palanivelu C, Rangarajan M, Rajapandian S, Amar V, Parthasarathi R. Laparoscopic repair of adult diaphragmatic hernias and eventration with primary sutured closure and prosthetic reinforcement: a retrospective study. *Surg Endosc* 2009;23:978-85.