

Hernie Interne Complexe A Contenu Inhabituel Complex Internal Hernia with Unusual Contents

H. BADACHE*, W.H. MESSAI, AH. OUSLIMANI.

*Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed Lamine Debaghine, Bab El Oued, Algérie.

Abstract

Les hernies internes sont rares, qu'elles soient congénitales ou acquises, elles ne sont en cause que de 0,5-5% des occlusions.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 62ans, opéré en urgence pour un syndrome occlusif dont l'origine est une hernie transmésocolique complexe avec incarceration du colon sigmoïde diagnostiquée en peropératoire, Le traitement consistait en une résection sigmoïdienne avec colostomie et fermeture de la brèche mésocolique, les suites opératoires étaient simples.

Dans la littérature on trouve peu d'hernies transmésocolique citées, et quand c'est décrit il s'y associe une incarceration grêlique exceptionnellement colique comme dans notre cas. Le diagnostic préopératoire est difficile du fait d'une clinique peu spécifique, la TDM injectée peut l'évoquer et l'exploration chirurgicale le confirmer. Le traitement chirurgical consiste en une réduction du contenu de la hernie et fermeture de la brèche mésocolique.

Mots-clés

Hernie interne, Hernie transmésocolique, Occlusion intestinale aigüe, Orifice intra-abdominal anormal, hernie interne complexe.

Introduction

Les hernies internes HI, dont l'incidence est de 0,2%-0,9% [4], correspondent à l'issu d'intestin à travers un orifice intra-abdominal normal ou anormal [1,4]. Selon le siège, il en existe différents types : les plus fréquentes sont les hernies para duodénales (53%), les hernies transmésocoliques sont très rares (8%) et les Trans omentales exceptionnelles (1-4%) [4,7]. De contenu grêlique, exceptionnellement colique [3,4], peuvent se révéler par un épisode aigu, représentant 0,5-5% des occlusions intestinales OIA [4] où un traitement chirurgical précoce s'impose.

Cas clinique

Un patient âgé de 62ans consulte dans le cadre de l'urgence pour un syndrome occlusif fait de douleurs abdominales, d'un arrêt des matières et des gaz précoces et de vomissements tardifs, évoluant depuis 36 heures. Par ailleurs le patient rapporte la

notion de crises douloureuses similaires spontanément résolutive. Aucun antécédent de chirurgie ou de traumatisme abdominal n'est retrouvé.

L'examen physique retrouve : un patient en un état général moyen, apyrétique, stable sur le plan hémodynamique avec une distension abdominale généralisée et un tympanisme, les orifices herniaires pariétaux sont libres et l'ampoule rectale vide.

Une importante distension colique avec niveau hydro-aérique de type colique sont objectivés à l'ASP. La tomодensitométrie n'a pas pu être réalisée. Le bilan biologique retrouve une hyperleucocytose à 26200 éléments par millimètre cube, une urée sanguine à 0,48 gr/l(8mmol/l) et une créatinine sanguine à 17mg/l. Le diagnostic d'une occlusion intestinale aigüe est retenu.



Figure 1 : ASP montrant niveaux Hydroaérique type colique.

Le patient est opéré en urgence, après une laparotomie médiane, l'exploration opératoire met en évidence un défaut au niveau du mésocolon transverse à travers lequel l'anse sigmoïdienne s'est engagée dans la bourse omentale pour rejoindre de nouveau la cavité péritonéale à travers un autre défaut au niveau du ligament gastrocolique. En absence d'antécédent de chirurgie ou de traumatisme abdominal, l'origine congénitale de la hernie transmésocolique complexe est retenue. On réalise une intervention de Hartman avec fermeture de la brèche mésocolique.

Les suites opératoires sont simples et le patient est sortant au cinquième jour postopératoire, un rétablissement de continuité a été réalisé après trois mois. Le suivi à deux ans est sans particularité.



Figure 2 : Vue opératoire d'une hernie trans-mésocolique complexe.

Discussion

Plusieurs formes anatomiques de hernies internes sont décrites, les hernies transmésocoliques sont définies par une protrusion d'un viscère intra abdominal à travers un défaut situé au niveau du mésocôlon, le plus souvent sigmoïdien [4,5], lorsqu'il intéresse le mésocolon transverse, l'orifice herniaire est habituellement large et siège à gauche de la cliqua media lorsqu'elle est présente [1]. La grêle incarcerated, exceptionnellement le colon [4,3], occupe la bourse omentale et peut aller, dans certaines formes complexes, jusqu'à rompre le ligament gastrocolique, comme pour notre patient, ou le petit omentum [1,4], [8]

Peu de cas d'hernies transmésocoliques ont été publiées dans la littérature [3,5]. Ces hernies internes peuvent être congénitales, essentiellement chez l'enfant, en rapport avec des anomalies congénitales du péritoine et des accidents d'ischémie intestinale en période prénatale [6] ou acquise, chez l'adulte, secondaires à des interventions chirurgicales antérieures, des traumatismes abdominaux ou à un foyer inflammatoire intrapéritonéal [3,5,6], notre patient était parmi les rares cas survenant chez un adulte sans aucun antécédant [4]

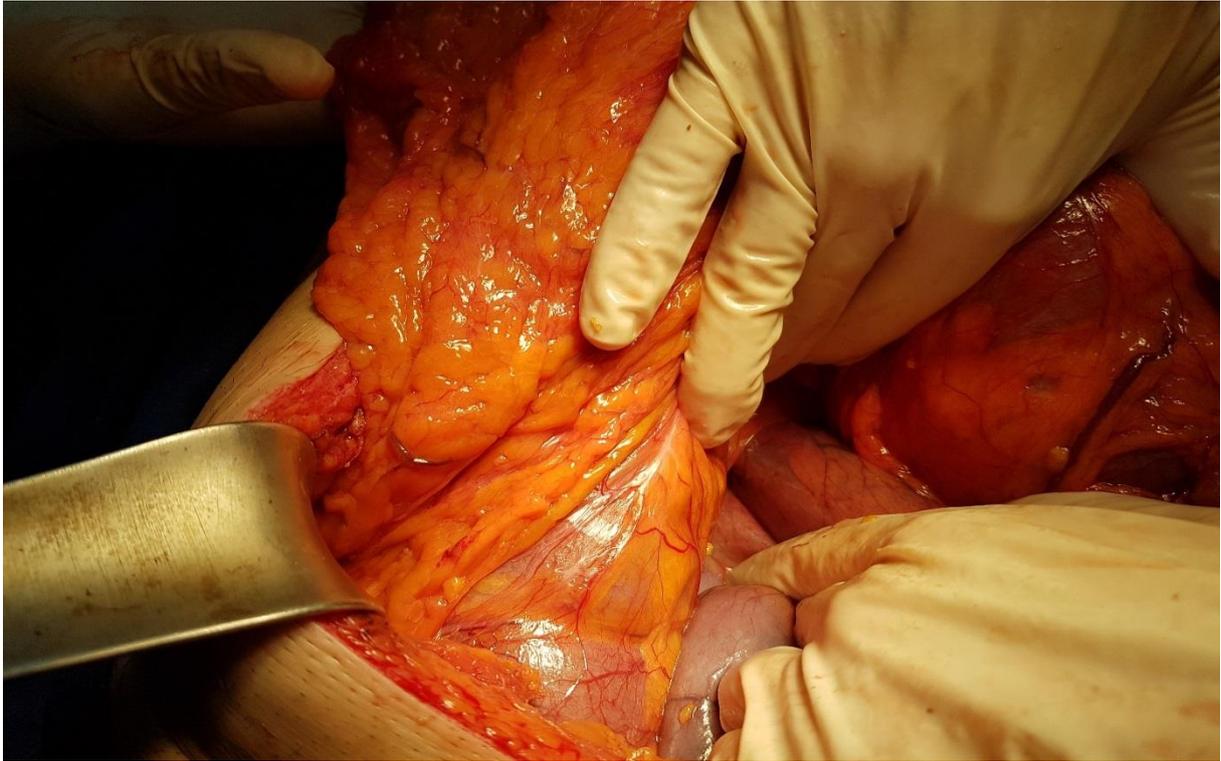


Figure 3 : incarceration de l'anse sigmoïdienne à travers l'orifice transmésocolique

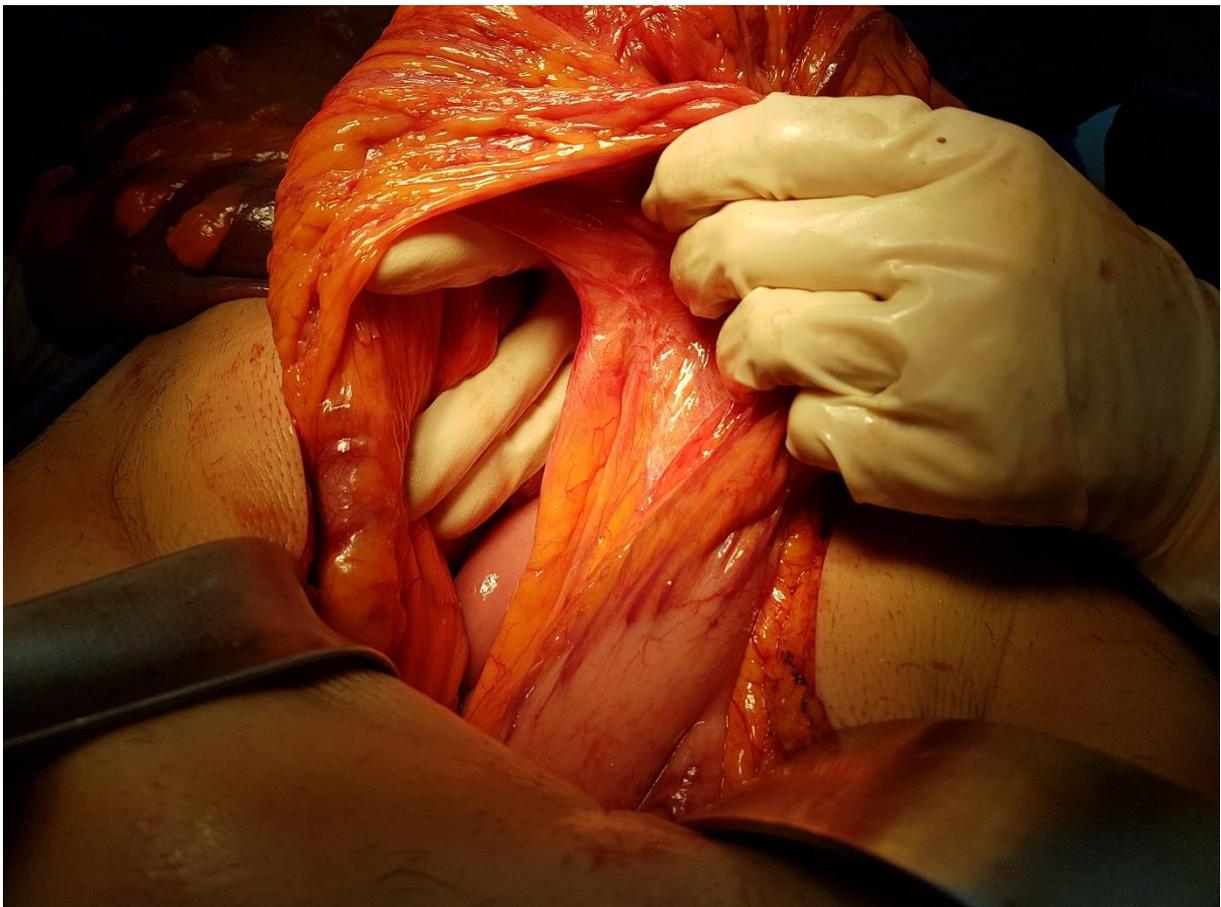


Figure 4 : Defect du ligament gastrocolique.

De diagnostic difficile, les hernies transmésocoliques sont caractérisées par une clinique peu spécifique, peuvent être : complètement asymptomatiques, se manifester par des crises de douleurs abdominales récurrentes avec parfois distension abdominale et vomissent ou se révéler par un tableau aigu à type d'occlusion intestinale aiguë OIA [2,3,5,6].

L'imagerie objective essentiellement des signes d'OIA, la TDM avec injection de produit de contraste, examen de référence, permet d'évoquer le diagnostic préopératoire en présence de certains signes tel que : interposition de structures digestives entre le pancréas et l'estomac, refoulement de la face postérieure de l'estomac, refoulement du colon transverse vers le bas et/ ou aplatissement de ce dernier, absence d'interposition d'épiploon entre la paroi et l'intestin [2,3,4,5,7]

La survenue de complications est fréquente au cours des hernies transmésocoliques avec 30% de volvulus et 40% d'ischémie nécessitant souvent une résection intestinale responsable d'une mortalité supérieure à 50% [4,6].

Le traitement est chirurgical et peut être réalisé par voie laparoscopique [2,5]. Peu importe la voie d'abord les principes chirurgicaux sont les mêmes et consistent en une réduction du contenu de la hernie et fermeture de la brèche pour éviter les récurrences tout en respectant les vaisseaux mésentériques adjacents, une résection intestinale s'impose en cas de nécrose [1].

Conclusion

Les hernies transmésocoliques sont très rares et l'incarcération colique est exceptionnelle, elles peuvent se manifester par une occlusion intestinale et constituent un piège diagnostique qu'il faudra savoir évoquer surtout en absence d'antécédent chirurgicaux.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à transmettre en rapport avec le manuscrit.

Références

- [1] Echaieb A, Hrrat L, Kotobi H. Traitement chirurgical des hernies internes. EMC- Techniques chirurgicales- Appareil digestif 2013 ; 8(3) :1-13[Article 40-445]
- [2] Delebecq T, Bourneville M, Guillemot F, Dugué T. Diagnostic d'une hernie interne trans-mésocolique par tomographie assistée par ordinateur. JCHIR 2004, 141(4) : 332
- [3] Ueda J, Yoshida H, Makino H, Yokoyama T, Maruyama H, Hirakata A, Ueda H, Hirakata A, Ueda H, Watanabe M, Uchida E, Uchida H. Transmesocolic hernia of the ascending colon with intestinal obstruction. Case Rep Gastroenterol 2012 ; 6 : 344-349
- [4] Aparicio DJ, Leichsenring C, Pignatelli N, Germano A, Ferreira S, Nunes V. Transmesocolic hernia with sigmoid strangulation without surgical history : a series of two case reports. JSCR,2019 ;3 :1-4.
- [5] Kishiki T, Mori T, Hashimoto Y, Matsuoka H, Abe N, Mazaki T, Sugiyama M. Laparoscopique repair of internal transmesocolic hernia of transverse colon. Case Rep Surg 2015 ; 2015 :853297 doi :10.1155/853297
- [6] Jung P, Kim MD, Ryu TH, Choi SH, Lee KH, Park JH. Transmesocolic hernia with strangulation in a patient without surgical history : case report. Woerld J Gastroenterol 2013 ;19 : 1997-9.doi: 10.3748/wjg.19.i12.1997.
- [7] Martin LC, Merkel EM, Thompson WM. Review of internal hernias : radiographic and clinical findings. AJR Am J Roentgenol 2006; 186 : 703-717[PMID: 16498098 DOI : 10.2214/AJR.05.0644]
- [8] Mathias J, Phi I, Bruot O, Ganne P-A, Laurent V, Regent D. Hernies internes. EMC – Radiodiagnostic ,appareil digestif,33- 015-A-37 ,2008 .