



## Clinical case

# Hernie Interne Transomentale : À Propos d'une Observation

## *Hernie interne transomentale : à propos d'une observation*

Massamba Miabaou Didace, Tsouassa Wangono Giresse, Note Madzélé Murielle, Nzaka Moukala Carmich, Motoula Latou Noé.

### ABSTRACT

Internal hernias in the abdomen account for only 0.5 to 5.8% of the causes of intestinal obstruction and 0.2 to 2% of the total abdominal hernias. There are three types of internal hernia: internal hernia with normal orifice, internal hernia with paranormal orifice, and internal hernia with abnormal orifice. The authors report the case of an abnormal transomentale hernia in a patient aged 28 years who presented 48 hours before admission to the Teaching Hospital University of Brazzaville (CHUB), an intestinal obstruction confirmed by abdominal x-rays without preparation.

### Affiliation :

Service de Chirurgie  
Digestive, CHU de  
Brazzaville

### Auteur correspondant :

Dr Didace Massamba Miabaou.  
Email :

didamassamba@gmail.com

**Keywords:** internalhernia,  
transomentale, intestinal  
occlusion.

**Mots clés :** hernie interne,  
trans-omentale, occlusion  
intestinale.

Reçu le 4 août 2017

Accepté le 3 décembre 2017

### RÉSUMÉ

Les hernies internes de l'abdomen sont rares, car leurs fréquences ne représentent que 0,5 à 5,8% des causes d'occlusion intestinale et 0,2 à 2% de l'ensemble des hernies de l'abdomen. On distingue 3 types de hernie interne : hernie interne à orifice normal, paranormal et anormal. Les auteurs rapportent le cas d'une hernie à orifice anormal, transomentale chez un patient de 28 ans ayant présenté 48 heures avant son admission au CHU, une occlusion intestinale confirmée par la radiographie de l'abdomen sans préparation.

## INTRODUCTION

Les hernies internes de l'abdomen constituent une entité pathologique rare [1]. Leurs fréquences varient de 0,5 à 5,8% parmi les causes d'occlusion intestinale aiguë [2]. Une hernie interne se définit comme étant le déplacement d'un ou de plusieurs viscères abdominaux, à travers un orifice intra abdominal [3]. Il s'agit d'une pathologie peu connue dont le diagnostic est de plus en plus confirmé en préopératoire et par la tomographie abdominale [4,5]. Dans le contexte de sous-développement, nous rapportons le cas d'une hernie interne transomentale diagnostiquée en peropératoire chez un patient de 28 ans.

## OBSERVATION

Un patient de 28 ans, sans antécédents médicaux et chirurgicaux particuliers, a été admis aux urgences chirurgicales du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville pour une douleur abdominale. Présente depuis 48 heures, celle-ci, diffuse, a été d'intensité progressivement croissante, accompagnée de vomissements et d'un arrêt du transit des matières et de gaz, sans contexte de fièvre.

L'examen physique a mis en évidence un abdomen non cicatriciel, un léger météorisme abdominal, une sensibilité abdominale diffuse et un tympanisme. Les

orifices herniaires étaient libres et le toucher rectal normal. Il n'existait pas de signes d'irritation péritonéale. Les explorations biologiques ne révélaient aucune anomalie des valeurs basales.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a mis en évidence des niveaux hydro-aériques plus larges que hauts [Figure 1]. Cependant, la tomographie abdominale n'a pas été réalisée pour raisons financières. Une laparotomie exploratrice, indiquée et réalisée, a permis d'objectiver, une incarceration de l'iléon à environ 150 cm de l'angle iléocaecal, à travers le grand omentum avec une distension du segment d'amont, sans nécrose iléale [Figure 2]. L'association de ces données a suggéré le diagnostic d'une hernie interne transomentale. La prise en charge chirurgicale du patient s'est reposée sur une désincarcération de la portion intestinale herniée et une résection partielle du grand omentum. Les suites opératoires immédiates et à court terme ont été simples.



**Figure 1** : radiographie de l'abdomen sans préparation : niveaux hydro-aériques plus larges que hauts



**Figure 2** : vue per opératoire de la hernie

## DISCUSSION

Depuis la création du CHUB, l'observation que nous rapportons est le premier cas de hernie interne transomentale. En effet, les hernies internes de l'abdomen sont rares, puisqu'elles ne représentent que moins de 1% des causes d'occlusion intestinale d'origine mécanique pour certains auteurs [6] et 0,5 à 5,8% pour d'autres [2]. Leur incidence par rapport aux autres hernies de l'abdomen est faible, estimée entre 0,2 et 2% [7].

Deux conditions définissent une hernie interne abdominale [3,4] : l'absence de chirurgie abdominale antérieure afin d'éliminer une éventuelle hernie iatrogène postopératoire et le déplacement d'un ou des viscères intra abdominaux à travers un orifice intra péritonéal.

Ces conditions ont bien été remplies dans notre cas.

Il existe trois types de hernie interne en fonction de la situation de l'orifice herniaire. On distingue ainsi : un orifice normal type foramen épiploïque, retrouvé dans 8% des cas ; un orifice paranormal, qui représente 55% des cas [1,4]. Il peut également s'agir d'un orifice paraduodéal (le plus fréquent) ou retro cæcal. L'orifice anormal est rencontré dans environ 36% des cas ; qu'il soit transmésentérique ou transomentale comme chez notre patient.

Les hernies internes de l'abdomen surviennent à tous les âges. Cependant, on note dans la littérature, une prédominance entre 38 et 48 ans [8]. Une étude portant sur 14 cas de hernies internes de l'abdomen, rapportait un âge moyen de 71 ans [1]. L'âge de notre patient était relativement plus jeune. En ce qui concerne le sexe, plusieurs études ont relevé une prédominance masculine de cette affection [1, 2, 9, 10]. Le mode de révélation habituel de la hernie interne est l'occlusion intestinale [1, 2, 11], telle qu'observée chez notre patient.

En 2007, dans une série de 14 cas, Armstrong affirmait que le diagnostic préopératoire des hernies internes était quasiment impossible [1]. En revanche, actuellement, plusieurs auteurs montrent l'efficacité et la fiabilité du scanner abdominal non seulement pour confirmer le diagnostic de l'occlusion intestinale, mais aussi pour préciser le siège et le type de la hernie interne [2, 4, 5, 10]. Dans le cas que nous rapportons, le diagnostic a été posé en per opératoire. Ce fait est lié à la restriction des indications de la tomographie abdominale dans notre pratique quotidienne. D'où l'intérêt d'élargir ces indications à tous les syndromes occlusifs admis en urgence. Toutefois, son coût prohibitif limite sa mise en œuvre au Congo au regard de la pauvreté observée dans la plupart des ménages congolais [12].

La laparotomie demeure le principal recours thérapeutique [1-3]. Néanmoins, certains auteurs recommandent un abord cœlioscopique premier [10, 11, 13, 14].

## CONCLUSION

Les hernies internes de l'abdomen sont rares, mais doivent être évoquées devant toute occlusion intestinale aiguë chez un malade jamais opéré. Souvent révélées par une occlusion intestinale et confirmées lors d'une laparotomie exploratrice, les hernies internes de l'abdomen sont de nos jours de plus en plus diagnostiquées en préopératoire grâce à l'indication large de la tomographie abdominale dans les syndromes occlusifs. Leur prise en charge se fait en urgence, soit par laparotomie ou par laparoscopie.

**REFERENCES**

- 1- Armstrong O, Hamel A, Grignon B, Peltier J, Hamel O, Letessier E, Le Nel JC, Robert R, Rogez JM. Internal hernias : anatomical basis and clinical relevance. *Surg Radiol Anat* 2007; 29:333-7.
- 2- Cazejust J, Lafont C, Raynal M, Azizi L, Chawki Tourabi A, Menu Y. Occlusion proximale du grêle secondaire à une hernie interne via le hiatus de Winslow. Réponse du e-quid « Une douleur épigastrique d'apparition brutale ». *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* 2013 ; 94 : 675-8.
- 3- Kunin N, Orat-Robilliard N, Morin-Chouarbi V, Verbrackel L. Hernie interne par étranglement de l'intestin grêle sur adhérences péri-hépatiques. *J Chir* 2006;143: 67-8.
- 4- Armstrong O. A propos de l'article « Hernie interne transomentale étranglée ». *Journal de Chirurgie viscérale* 2012 ; 149 :488.
- 5- Jerraya H, Zena H, Dziri C. Hernie supra-vésicale interne révélée par une occlusion du grêle. *Journal de chirurgie Viscérale* 2014 ; 151 :237-8.
- 6- Duarte GG, Fontes B, Poggetti RS, Loreto MR, Motta P, Birolini D. Strangulated internal hernia through the lesser omentum with intestinal necrosis : a case report. *Sao Paulo Med J* 2002 ; 120-84-6.
- 7- Armstrong O, Letessier E, Genier F, Lassarre P and Le Néel J.C. Internal hernia. Report of nine cases. *Hernia* 1997 ; 1 : 143-5.
- 8- Gullino D, Giordano O, Gullino E. les hernies internes de l'abdomen à propos de 14 cas. *J Chir* 1993 ; 130 : 179-95.
- 9- Peltier J, Le Gars D, Page C, Yzet T, Laude M, The duodenal fossae : anatomic study and clinical correlations. *Surg Radiol Anat* 2005 ; 27 :303-7.
- 10- Delebecq T, Bourneville M, Guillemot F, Dugué T. Diagnostic d'une hernie interne trans-mésocolique par tommodensitométrie. *J Chir* 2004 ; 141 :332.
- 11- Guinier D, Tissot O. Hernie interne transomentale étranglée. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2012 ; 149 : 241-3.
- 12- UNPD. Human development report 2015. Sustainability and equity: a better future for all. New York, 2016 ; 176
- 13- May A, Cazeneuve N, Bourbao-Tournois C. Occlusion aiguë du grêle par hernie interne dans le hiatus de Winslow : diagnostic scanographique, traitement cœlioscopique. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2013 ;150 :373-5.