



Cas Clinique

Hernie Interne Trans Mésentérique chez un Adulte Jeune : Une Cause Rare d'Occlusion Intestinale

Trans Mesenteric Internal Hernia in a Young Adult: A Rare Cause of Bowel Obstruction

Atangana Cédric Paterson¹, Savom Eric Patrick^{1,2}, Mvondo Pierre Valéry^{3,4}, Tim Fabrice^{3,5}, Dikongue Diwondi Audrey¹, Akoa Manga Ismael¹, Bang Guy Aristide^{1,6}

Affiliations

- (1) Département de Chirurgie et Spécialités de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I;
- (2) Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Général de Yaoundé;
- (3) Service de Chirurgie de l'Hôpital Central de Yaoundé;
- (4) Département de Chirurgie de la Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala;
- (5) Département de Chirurgie de la Faculté de Médecine de Bamenda;
- (6) Service de Chirurgie du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

Auteur correspondant :

Dr ATANGANA Cédric Paterson

atanganapaterson@gmail.com

Boîte postale :

Tel : (00237) 6 98 13 73 20

Mots-clés : Hernie trans mésentérique;

Occlusion intestinale; Adulte jeune.

Keywords: Trans mesenteric hernia; Bowel obstruction; Young adult.

RÉSUMÉ

L'incidence des hernies internes est très faible. Elles sont soit congénitales, soit acquises avec une prédominance masculine. Elles sont généralement asymptomatiques. En cas de complication, la présentation clinique est celle d'une occlusion intestinale dont elle est l'étiologie dans 5,8% des cas. Nous présentons un cas de hernie trans mésentérique compliquée d'une instabilité hémodynamique et d'une nécrose intestinale chez un adulte jeune dont le diagnostic avait été fait au cours de la laparotomie. Le but de cette présentation est de rappeler aux cliniciens l'importance d'évoquer une hernie interne comme étiologie d'une occlusion intestinale chez un adulte jeune naïf de toute intervention chirurgicale ou de traumatisme abdominal.

ABSTRACT

The incidence of internal hernias is very low. They are either congenital or acquired, with males predominating. They are generally asymptomatic. In the event of a complication, the clinical presentation is that of intestinal obstruction, which is the cause in 5.8% of cases. We present a case of transmesenteric hernia complicated by haemodynamic instability and intestinal necrosis in a young adult diagnosed during laparotomy. The aim of this presentation is to remind clinicians of the importance of considering internal hernia as an aetiology for intestinal obstruction in a young adult who has never undergone surgery or abdominal trauma.

INTRODUCTION

La hernie interne peut être définie comme une protrusion d'un viscère, le plus souvent l'intestin grêle à travers une ouverture péritonéale ou mésentérique normale ou anormale dans la cavité abdominale ou pelvienne pouvant être soit congénitale ou acquise à la suite d'une intervention chirurgicale ou une réaction inflammatoire [1].

Son incidence annuelle varie de 0,2 à 2% dans la population Israélienne adulte [2].

Elles sont généralement asymptomatiques. En cas d'incarcération, la présentation clinique est celle d'une occlusion intestinale dont le diagnostic préopératoire fait appel à la tomodensitométrie (TDM) abdominale et est confirmée au cours de l'intervention chirurgicale [2,3].

Dans un contexte où l'accès au scanner en urgence n'est pas toujours facile, nous présentons un cas de hernie trans mésentérique compliquée. Nous passons en revue les

différents types de hernie interne. Les modalités diagnostiques et thérapeutiques sont également discutées.

Le but est d'attirer l'attention du clinicien de l'éventualité d'une hernie interne en cas d'occlusion intestinale chez un adulte jeune naïf de laparotomie

OBSERVATION MÉDICALE

Il s'agissait d'un patient de 29 ans sans antécédent contributif, admis en urgence pour des douleurs abdominales évoluant depuis 48 heures. Ces douleurs à type de torsion et d'intensité d'emblée maximale, étaient initialement localisées en fosse iliaque gauche avant de se généraliser à tout l'abdomen. Elles étaient associées à des nausées et des vomissements précoces, une fièvre et un arrêt de matières et de gaz 24 heures plus tard. Les douleurs n'avaient pas régressé malgré la prise d'antalgiques.

A l'admission, il présentait un état de choc avec une pression artérielle à 85/50 mm Hg, un pouls à 150/minute,

une fréquence respiratoire à 30 cycles/minutes, une hypersudation et une froideur des extrémités. La température était de 39°C et la saturation à l'air ambiant était de 95%. L'abdomen était météorisé avec un tympanisme diffus. Les bruits du péristaltisme étaient discrets. Il n'y avait pas de signe d'irritation péritonéale.

Le diagnostic d'une occlusion par strangulation du grêle avait été évoqué. Les mesures de réanimation instaurées en urgence avaient permis de stabiliser le patient et le scanner abdominal requis n'avait pu être réalisé.

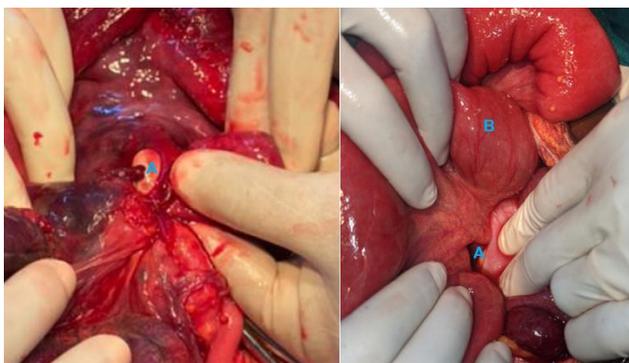


Figure 1 : Découvertes opératoires (1)
A: Défect du mésentère. B: Anses grêles

Sur le plan biologique, on notait une hyperleucocytose à 18500/mm³ à prédominance neutrophile sans autres anomalies.

Une laparotomie médiane avait été réalisée en urgence. Les découvertes opératoires étaient une ascite séro-hématique de moyenne abondance en péritoine libre, un orifice mésentérique près de la jonction iléo-caecale (figure 1) sans adhérences péri-orificielle et à travers laquelle étaient incarcerated la boucle sigmoïdienne et des anses iléales. La boucle sigmoïdienne était nécrosée et les anses iléales étaient en ischémie (Figure 2).

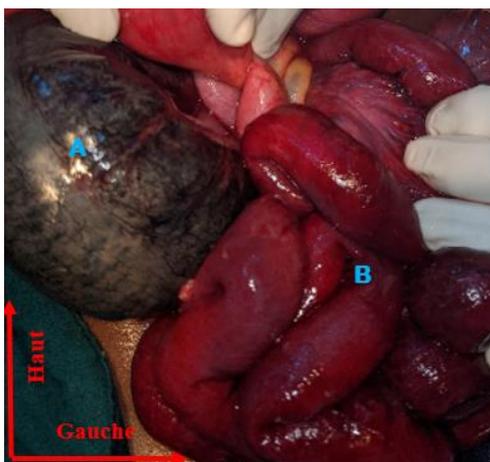


Figure 2 : Découvertes opératoires (2)
A: Boucle sigmoïdienne nécrosée B: Anses iléales ischémisées

Les gestes avaient consisté en une désincarcération du tube digestif après agrandissement de l'orifice mésentérique. Celle-ci avait permis une recoloration des anses iléales

exceptée une zone nécrotique de 10 cm située à environ 100 cm de la jonction iléo-caecale (Figure 3). Nous avons procédé à une résection de l'anse iléale nécrosée ainsi que de la boucle sigmoïdienne avec respectivement une anastomose iléo-iléale termino-terminale et une anastomose colorectale termino-terminale sus-péritonéale. L'orifice mésentérique avait également été fermé. Après une toilette péritonéale soigneuse, la paroi avait été refermée sous drainage tubulaire en regard de l'anastomose colorectale. Les suites opératoires étaient simples avec reprise du transit au 3^{ème} jour post-opératoire et ablation du drain au 5^{ème} jour. La sortie du patient s'était faite au 10^{ème} jour post-opératoire et les visites ultérieures n'avaient retrouvé aucune anomalie.



Figure 3 : État des anses après réduction de la désincarcération

A: Recoloration des anses iléales B: Zone nécrosée persistante

DISCUSSION

La hernie interne est une affection rare responsable de 5,8% de tous les cas d'occlusion intestinale [2]. Elles touchent préférentiellement les hommes avec un sex ratio de 5/2. L'âge moyen au moment du diagnostic en cas de complication est de 50 ans [1]. Notre patient était âgé de 29 ans.

Sur le plan clinique, elle peut être asymptomatique ou provoquer une gêne allant d'une vague douleur abdominale, intermittente ou permanente à un tableau d'occlusion en cas d'étranglement. Ces symptômes peuvent être soulagés par le changement de position. [4]. En cas d'étranglement avéré, la majorité des patients présentent une douleur abdominale, des nausées et des vomissements [2]. Notre patient avait présenté une douleur abdominale, des nausées, des vomissements, un arrêt de matières. Ces symptômes étaient en faveur d'une occlusion intestinale. A l'admission, notre patient était en état de choc et avait la fièvre. Ceci pourrait s'expliquer par la consultation tardive avec installation d'un important troisième secteur et d'une nécrose intestinale. Ces situations sont fréquentes en cas d'occlusion intestinale surtout en cas de prise en charge tardive. Savom et al retrouvaient un syndrome inflammatoire biologique dans une occlusion par strangulation avec nécrose intestinale [5]. Dans la série de Zissin et al, deux patients sur onze présentaient une fièvre et huit avaient une hyperleucocytose de 12000 à 20000/mm³ et sept une nécrose intestinale [2].

Les examens morphologiques jouent un rôle important dans le diagnostic des hernies internes [4]. La tomодensitométrie est devenue la technique d'imagerie de première intention en raison de sa capacité à poser le diagnostic de hernie interne comme cause d'occlusion intestinale [2, 4]. Elle met en évidence une encapsulation apparente des anses intestinales dilatées avec localisation anormale, une disposition ou un entassement des anses grêles dans un sac herniaire. La TDM montre également une obstruction avec dilatation segmentaire des anses remplies de liquide qui ne se rehaussent pas à l'injection du produit de contraste. Les anomalies des vaisseaux mésentériques à type d'engorgement, d'étirement et de torsion sont des éléments qui contribuent également au diagnostic de hernie interne congénitale [2, 4]. La TDM n'avait pas pu être réalisée chez notre patient.

En fonction de la localisation de l'orifice, on distingue plusieurs types de hernie.

- La hernie paraduodénale est la plus ancienne et la plus fréquente de hernie interne, représentant 50-55% des cas [6]. Elle peut être paraduodénale gauche (75%) ou droite et est fréquemment retrouvée chez les hommes avec un sex ratio de 3 :1 [4].

- La hernie à travers le foramen de Winslow représente 6-10% des hernies internes [6]. Son contenu herniaire est le plus souvent l'intestin grêle (60-70%), le cæcum et le colon ascendant (25-30%) [6]. D'autres viscères comme la vésicule biliaire, le colon transverse et l'épiploon peuvent être herniés. Les facteurs de risque de cette hernie sont : un foramen de Winslow élargie, un mésentère anormalement long, la persistance du méso colon ascendant et un lobe hépatique droit allongé [2].

- La hernie trans mésentérique représente 5 à 10% des hernies internes [6]. Elle a une distribution bimodale car retrouvée chez les enfants et chez les adultes. Chez les enfants, elle représente le type de hernie le plus fréquent (35%) et fait suite à un défaut congénital du mésentère près de la région iléocæcale ou près du ligament de Treitz [4]. Chez l'adulte, elle est le plus souvent iatrogène, généralement après une chirurgie abdominale antérieure en particulier après anastomose en Y. Elle peut également faire suite à un traumatisme ou une inflammation [4].

- La hernie péri-caecale représente 6 à 13%. Elle implique le plus souvent une anse iléale qui passe à travers un défaut de mésentère près du caecum et occupe la fosse péri-caecale [6].

- La hernie liée au sigmoïde représentent 6% de toutes les hernies [6]. On distingue trois sous-types : inter-sigmoïde, trans-mésosigmoïde, inter-mésosigmoïde. La hernie inter-sigmoïde est la plus fréquente et réalise une poche péritonéale formée entre deux segments adjacents du sigmoïde et leur méso [7]. Dans la hernie trans-mésosigmoïde, les anses grêles passent à travers un foramen dans le mésosigmoïde situé la partie postérolatérale du colon sigmoïde [6]. La hernie intra-mésosigmoïde réalise une incarcération avec un sac herniaire à travers le méso colon sigmoïde par le billet d'un défaut congénital, présent dans seulement un des feuilletts constitutifs du sac herniaire [6].

- La hernie supra-vésicale est une forme rare de hernie interne, mais reste à l'origine de la plus part des

hernies pelviennes [6]. Son incidence est mal connue mais elle touche préférentiellement les hommes âgés de plus de 50 ans [8]. La hernie prend naissance au niveau de la fosse supra-vésicale qui est la partie située entre les reliquats de l'ouraque et les artères ombilicales. Le sac herniaire s'insinue le plus souvent à travers la paroi abdominale antérieure pour former une hernie supra-vésicale externe. Plus rarement, le sac se développe dans les espaces entourant la vessie pour former une hernie supra-vésicale interne [9].

- La hernie trans-omentale, il s'agit d'une hernie rare dont l'orifice herniaire se développe à travers le petit épiploon. Elle semble plus fréquente dans la population japonaise [10].

Notre patient présentait un défaut mésentérique près de la région iléocæcale. L'absence d'antécédent de chirurgie, de traumatisme et de douleurs abdominales antérieures seraient en faveur d'un défaut congénital malgré son âge avancé.

La prise en charge chirurgicale peut se faire par laparotomie ou par laparoscopie. Les gestes consistent en une réduction des viscères herniés suivie du traitement des éventuelles lésions intestinales et la fermeture de l'orifice interne pour éviter les récurrences. Nous avons réalisé une laparotomie chez notre patient du fait de son état hémodynamique instable à l'admission. Les lésions d'ischémie avancée nous avaient imposé une double résection intestinale.

CONCLUSION

La hernie interne est une affection rare. Elle est plus fréquente chez le sujet de sexe masculin et en cas de complication, sa présentation clinique est celle d'une occlusion intestinale. Dans les pays à ressources limitées ou en cas d'instabilité hémodynamique ne permettant pas de la réalisation d'un scanner abdominal, le diagnostic est fait en peropératoire. Ainsi, elle doit être évoquée devant toute occlusion intestinale en l'absence de chirurgie ou de traumatisme abdominaux même à l'âge adulte.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

RÉFÉRENCES

1. Akyildiz H, Artis T, Sozuer E, Akcan A, Kucuk C, Sensoy E, et al. Internal hernia: complex diagnostic and therapeutic problem. *Int J Surg Lond Engl*. août 2009;7(4):334-7.
2. Zissin R, Hertz M, Gayer G, Paran H, Osadchy A. Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction: CT findings in 11 adult patients. *Br J Radiol. The British Institute of Radiology*; sept 2005;78(933):796-802.
3. Miabaou DM, Wangono GT, Madzélé MN, Moukala CN, Latou NM. Hernie Interne Transomentale : A Propos d'une Observation. *Health Sci Dis*. 2018; 19(1).
4. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings. *Am J Roentgenol. American Roentgen Ray Society*; mars 2006;186(3):703-17.
5. Savom EP, Atangana CP, Dikongue DA, Nguimbous EB, Manga IA, Nkemontoh A, et al. Management of a large incisional hernia using a synthetic prosthesis in an infectious context: a case report. *Health Sci Dis*. 30 avr 2023;24(5).

6. Lassandro F, Iasiello F, Pizza NL, Valente T, Stefano MLM di S, Grassi R, et al. Abdominal hernias: Radiological features. *World J Gastrointest Endosc.* 16 juin 2011;3(6):110-7.
7. Mathieu D, Luciani A, GERMAD Group. Internal abdominal herniations. *AJR Am J Roentgenol.* août 2004;183(2):397-404.
8. Kotobi H, Echaieb A, Gallot D. Traitement chirurgical des hernies rares. *EMC - Chir.* août 2005;2(4):425-39.
9. Jerraya H, Zenaïdi H, Dziri C. Hernie supra-vésicale interne révélée par une occlusion du grêle. *J Chir Viscérale.* 1 juin 2014;151(3):237-8.
10. Guinier D, Tissot O. Hernie interne transomentale étranglée. *J Chir Viscérale.* 1 juin 2012;149(3):241-3.