



Cas clinique

HERNIE PARADUODENALE GAUCHE : UNE CAUSE RARE D'OCCLUSION INTESTINALE

LEFT PARADUODENAL HERNIA: A RARE CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION

ALILA Mohammed¹, MAROUNI Abdelouahab¹, TOUGHRAI Imane¹

1- Service de Chirurgie Viscérale, CHU HASSAN II, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Maroc.

Auteur correspondant : Mohammed Alila

Email : mohammed_alila@yahoo.fr

RESUME :

Nous rapportons l'observation de deux cas présentant une occlusion intestinale aiguë.

L'intervention en urgence a trouvé une hernie para-duodénale gauche obstructive à l'origine d'un volvulus, avec nécrose des anses grêles incarcérées pour un patient, traité par résection anastomose en un temps, et une grêle souffrant mais viable pour le deuxième malade, traité par la réduction de grêle incarcéré et l'obturation de l'orifice herniaire.

Nous discutons à l'occasion de ces observations les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette affection rare.

SUMMARY

Tow patients were admitted emergently with acute small bowel obstruction.

An urgent laparotomy revealed, for the first one, a loop of gangrenous ileum herniated through a left paraduodenal hernia. The compromised bowel was resected and a primary anastomosis was performed. But for the second one the ileum herniated was unwell but viable.

This cases report allows us to discuss the diagnostic and therapeutic features of this rare condition.

Mots-clés :

Hernie interne, Hernie paraduodénale, Occlusion intestinale

Key-words:

Internal Hernia, Paraduodenal Hernia, Small Bowel Obstruction

INTRODUCTION

Les hernies internes sont rares [1]. Leur diagnostic est le plus souvent réalisé en peropératoire [2]. Les formes anatomiques de hernie interne sont nombreuses, certaines étant très rarement rapportées. Cependant, la connaissance des différentes variétés de hernies internes est fondamentale pour envisager un diagnostic préopératoire. La hernie para duodénale gauche de l'adulte est une forme rare de hernie interne [3,4]. Nous présentons deux cas d'occlusion intestinale aiguë par hernie interne para duodénale gauche traités dans le service de chirurgie viscérale de CHU HASSAN II de FES, Maroc, afin de contribuer à la connaissance des particularités cliniques de cette entité.

PATIENTS ET OBSERVATIONS

Observation 1 : un homme de 50 ans a été admis en urgence ; pour douleurs abdominales diffuses, vomissements alimentaires et arrêt des matières et des gaz. Cette symptomatologie évoluait depuis 48 heures. L'interrogatoire note la survenue régulière de crises similaires ayant cédé au bout de quelques heures. Il n'a pas été retrouvé d'antécédent de chirurgie abdominale, ni de traumatisme abdominal. L'examen physique a confirmé la présence d'un syndrome occlusif avec distension abdominale et météorisme. Les orifices herniaires pariétaux étaient libres. Le reste de l'examen physique était normal. La radiographie de l'abdomen sans préparation a noté des niveaux hydro-aériques de type grêlique. La tomodensitométrie n'a pas été réalisée suite à une insuffisance rénale fonctionnelle. Le diagnostic

d'occlusion intestinale aiguë a été retenu. Mais devant l'aggravation de la sensibilité abdominale en défense ; Une laparotomie a été indiquée en urgence. L'incision a été une médiane. En peropératoire, nous avons noté une incarceration d'anses iléales à travers un défaut d'environ 5 centimètres de long, situé au niveau de la fossette para duodénale gauche (**Figure 1**). L'iléon incarcéré était souffrant mais viable. Il s'agissait d'une occlusion intestinale aiguë par hernie interne para duodénale gauche. Le traitement a consisté à une réduction complète de son contenu par simple traction et une fermeture de l'orifice herniaire par un surjet de fil résorbable (**Figure 2**). Les suites opératoires ont été simples. La sortie de l'hôpital a été autorisée au troisième jour post opératoire.

Observation 2 : une patiente de 18 ans, a été admise en urgence pour douleurs abdominales diffuses de survenue brutale. Aucun antécédent de chirurgie abdominale ou de traumatisme abdominal n'a été retrouvé à l'interrogatoire. L'examen physique a retrouvé une défense abdominale diffuse. Le diagnostic de péritonite aiguë généralisée a été évoqué. La radiographie de l'abdomen sans préparation a révélé la présence de niveaux hydro-aériques de type grêlique. L'hémogramme était normal en dehors d'un décompte leucocytaire à 18 800 éléments par millimètre cube. Le diagnostic préopératoire évoqué était une péritonite aiguë généralisée. Une laparotomie a été donc indiquée en urgence. Une anesthésie générale avec intubation orotrachéale a été conduite et la voie d'abord a été une médiane. A l'ouverture, la cavité péritonéale était le siège d'un épanchement sanguinolent trouble. L'exploration a noté l'incarcération d'un segment de l'iléon dans un

défect para duodenale, longé à droite par la veine mésentérique inférieure, L'iléon incarcéré était nécrosé sur 170 centimètres environ, situé à 2m50 de l'angle de Treitz (**Figure 3**). Le traitement a consisté à une résection de l'iléon nécrosé, avec anastomose dans le même temps. Après un séjour en réanimation de deux jours, Les suites opératoires ont été simples. La sortie de l'hôpital a été autorisée au septième jour post opératoire.

DISCUSSION

La hernie para duodénale gauche de l'adulte est une forme rare de hernie interne [3,4] et représente environ 5% de l'ensemble des causes d'occlusion intestinale aiguë [1,2]. Son diagnostic est généralement fait en per opératoire [2,5]. Cependant, avec le développement de l'imagerie médicale, et en particulier du scanner et de l'imagerie par résonnance magnétique, le diagnostic préopératoire est de nos jours possible. De ce fait, la connaissance des différentes variétés de hernies internes présente un intérêt de premier plan. En effet, le diagnostic d'une occlusion intestinale par hernie interne implique la parfaite connaissance de la variété anatomique en cause [6]. Les hernies para duodénales gauches sont définies par une protrusion d'un viscère intra abdominal à travers la fossette paraduodénale décrite par Landzert [4]. Cette variété représente 20 à 25 % des hernies internes [7]. Devant une occlusion du sujet jeune sans antécédent de chirurgie ou de traumatisme abdominal, le diagnostic de hernie interne peut être évoqué, surtout lorsque l'interrogatoire retrouve un long passé de douleurs abdominales récurrentes. Ailleurs, un tableau plus fruste, peut conduire avec l'aide d'exams

complémentaires à une exploration chirurgicale, qui confirme alors le diagnostic.

En per opératoire, Le diagnostic, peut être difficile, nécessite de repérer d'abord l'orifice herniaire, toujours situé à droite et en arrière de la masse, avec un bord libre constamment longé par la veine mésentérique inférieure, son identification participe également au diagnostic [1,2]. La majorité de ces hernies sont à collet large et peu serré, permettant ainsi d'obtenir une réduction complète de son contenu par simple traction, et l'orifice herniaire doit être fermé à l'aide de fils résorbables ou non. Mais toute tentative d'excision du sac herniaire doit être proscrite [2,8].

CONCLUSION

La hernie para duodénale est une cause rare, mais possible d'occlusion intestinale aiguë chez l'adulte. La présence d'épisodes de sub-occlusion spontanément réduites peut être un argument important du diagnostic. Le diagnostic tardif peut occasionner des complications à type de nécrose d'anse.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

ALILA MOHAMMED : conception de l'étude, recherche bibliographique et rédaction de la version initiale.

MAROUNI ABDELOUAHAB : recherche bibliographique, relecture de la version initiale.

TOUGHRAI IMANE : lecture et correction de la version finale.

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de cet article.

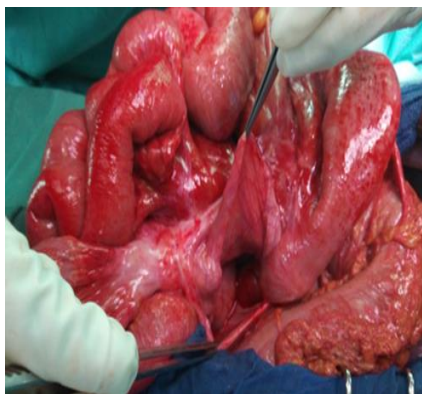


Figure 1 : Vue opératoire de l'orifice d'une hernie para duodénales gauche



Figure 2 : Orifice d'une hernie para duodénale gauche après sa fermeture

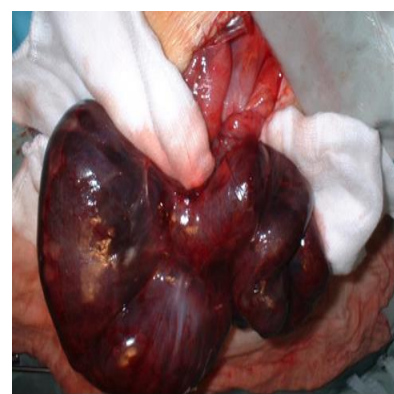


Figure 3 : Hernie para duodénale gauche avec nécrose iléale

REFERENCES

- [1] **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.
- [2] **Kotobi H, Echaieb A, Gallot A.** Traitement chirurgical des hernies rares, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris). Techniques chirurgicales - Appareil digestif , 40-445 (2005)
- [3] **Zissin R, Hertz M, Gayer G, Paran H, Osadchy A.** Internal hernia as a cause of small bowel obstruction: CT findings in 11 adult patients. B J R. 2005; 78 (933):796-802.
- [4] **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.
- [5] **Wachsberg RH, Helinek TG, Merton DA.** Internal abdominal hernia: diagnosis with ultrasonography. Can Assoc Radiol J 1994;45 :223-4.
- [6] **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.
- [7] **Passas V, Karavias D, Grilias D, Birbas A.** Computed tomography of left paraduodenal hernia. J Comput Assist Tomogr 1986;10 :542-3.
- [8] **Finck CM, Barker S, Simon H, Marx W. A** novel diagnosis of left paraduodenal hernia through laparoscopy. Surg Endosc 2000;14 :87.