

Case report

Hernie paraduodénale gauche: une cause rare d'occlusion intestinale



Left paraduodenal hernia: a rare cause of bowel obstruction

Mohammed Alila^{1,&}, Abdelouahab Marouni¹, Imane Toughrai¹

¹Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès, Maroc

[&]Corresponding author: Mohammed Alila, Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès, Maroc

Mots clés: Hernie interne, hernie paraduodénale, occlusion intestinale

Received: 31/07/2017 - Accepted: 02/08/2017 - Published: 14/09/2017

Résumé

Nous rapportons l'observation de deux cas présentant une occlusion intestinale aiguë. L'intervention en urgence a trouvé une hernie paraduodénale 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 un grêle souffrant mais viable pour le deuxième malade, traité par la réduction du 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.

Pan African Medical Journal. 2017; 28:32 doi:10.11604/pamj.2017.28.32.13497

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/32/full/>

© Mohammed Alila et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

We here report two cases of acute bowel obstruction. Emergency intervention showed left obstructive paraduodenal hernia causing volvulus with necrosis of the incarcerated intestinal loops in one patient who underwent one-time anastomosis resection and suffering but viable small bowel in the second patient treated by incarcerated intestinal loop reduction and obturation of the orifice of the hernial canal. We here highlight the diagnostic and therapeutic features of this rare condition.

Key words: Internal hernia, paraduodenal hernia, 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.

Patient et observation

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 tomodynamométrie 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 per opératoire, 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 oro-trachéale 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. L'exploration a noté l'incarcération d'un segment de l'iléon dans un défaut para duodénale, 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. Les suites opératoires ont été simples. L'alimentation liquide a été autorisée au quatrième jour et la sortie de l'hôpital a été au septième jour post opératoire.

Discussion

Les hernies para-duodénales: sont les plus fréquentes des hernies internes, elles intéressent trois fois plus souvent l'homme que la femme [2, 3]. Les fossettes duodénales sont des replis péritonéaux qui peuvent relever de trois mécanismes, défaut d'accolement du péritoine, replis d'origine vasculaire (les vaisseaux soulèvent les feuillets péritonéaux créant ainsi les fossettes), ou bien encore ces deux mécanismes associés. Il existe alors cinq fossettes duodénales pouvant avoir un intérêt chirurgical [4]. Les hernies para duodénales gauches sont définies par une protrusion d'un viscère intra abdominal à travers la fossette paraduodénale décrite par Landzert [1, 4]. 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. Leur 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 résonance magnétique, le diagnostic préopératoire est de nos jours possible [6]. En per opératoire, Le diagnostic de la hernie para duodénale gauche, peut être difficile, nécessite de repérer d'abord l'orifice herniaire, le collet est situé entre l'angle duodéno-jéjunal en haut et l'artère mésentérique inférieure en bas, alors que le bord libre du collet contient la veine mésentérique inférieure et son identification participe également au diagnostic [1, 2]; le sac alors est rétro-mésocolique. En effet 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, 7].

Conclusion

La hernie para duodénale gauche est une cause rare, mais possible d'occlusion intestinale aiguë chez l'adulte. Il convient d'y penser devant la présence d'épisodes de sub-occlusion spontanément réduites. Le diagnostic tardif peut occasionner des complications à type de nécrose d'anse.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Mohammed Alila: conception de l'étude, recherche bibliographique et rédaction de la version initiale; Abdelouahab Marouni: recherche bibliographique, relecture de la version initiale; Imane Toughrai: lecture et correction de la version finale. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

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

Figure 2: L'orifice d'une hernie para duodénales gauche après sa fermeture

Figure 3: Hernie para duodénales gauche avec nécrose iléale

Références

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; 1140-52. [Google Scholar](#)
2. Kotobi H, Echaieb A, Gallot A. Traitement chirurgical des hernies rares, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris). Techniques chirurgicales-Appareil digestif. 2005; 40-445. [Google Scholar](#)
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. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Allabert J, Andro JF, Chamouns S, Teniere P, Testart J. Les hernies para duodénales à propos de 2 cas. *Ann Chir.* 1984; 38: 50-3. [Google Scholar](#)
5. Wachsberg RH, Helinek TG, Merton DA. Internal abdominal hernia: diagnosis with ultrasonography. *Can Assoc Radiol J.* 1994; 45(3): 223-4. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
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(3): 278-80. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Finck CM, Barker S, Simon H, Marx W. A novel diagnosis of left paraduodenal hernia through laparoscopy. *Surg Endosc.* 2000; 14(1): 87. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

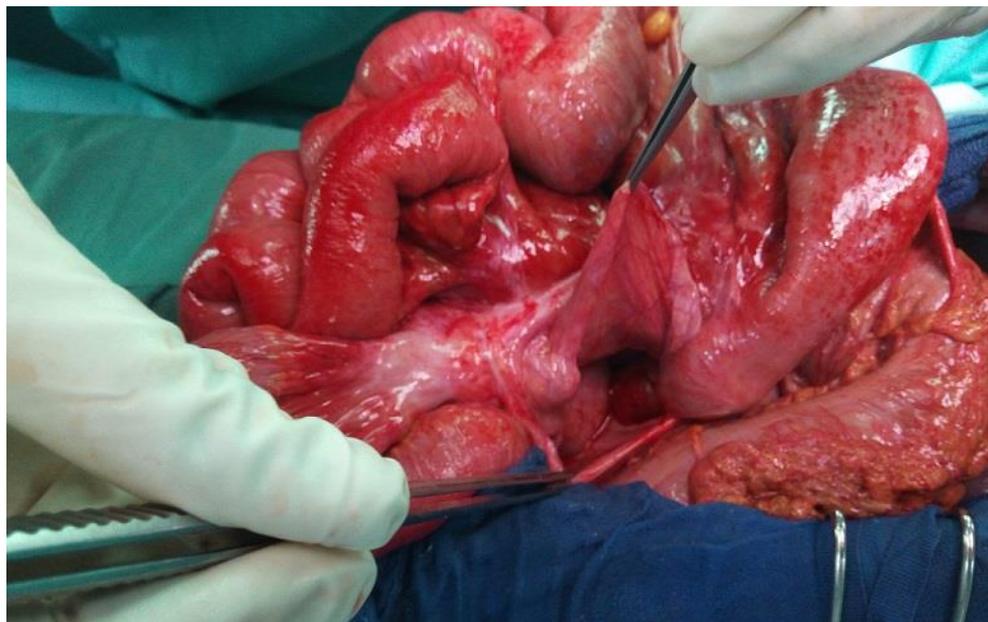


Figure 1: Vue opératoire de l'orifice d'une hernie para duodénales gauche

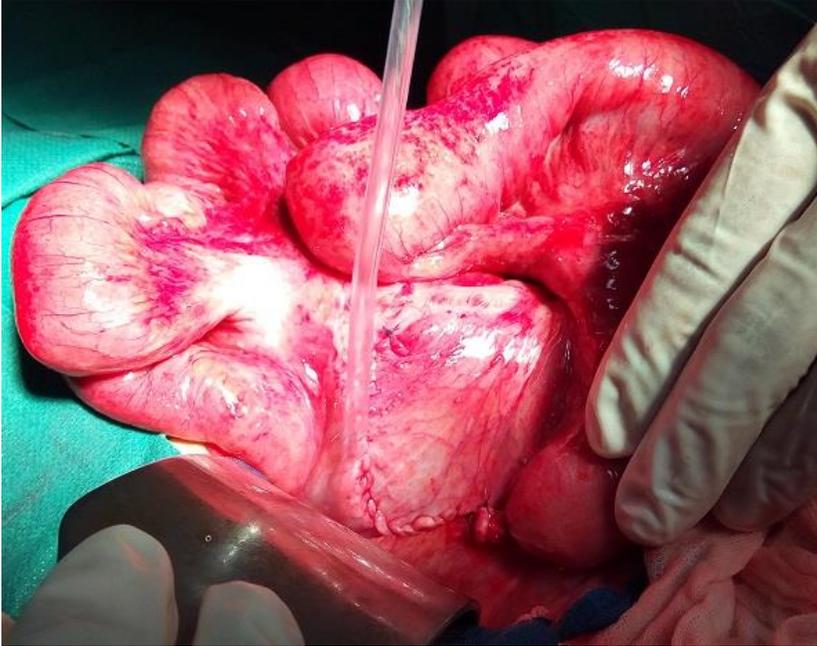


Figure 2: L'orifice d'une hernie para duodénales gauche après sa fermeture

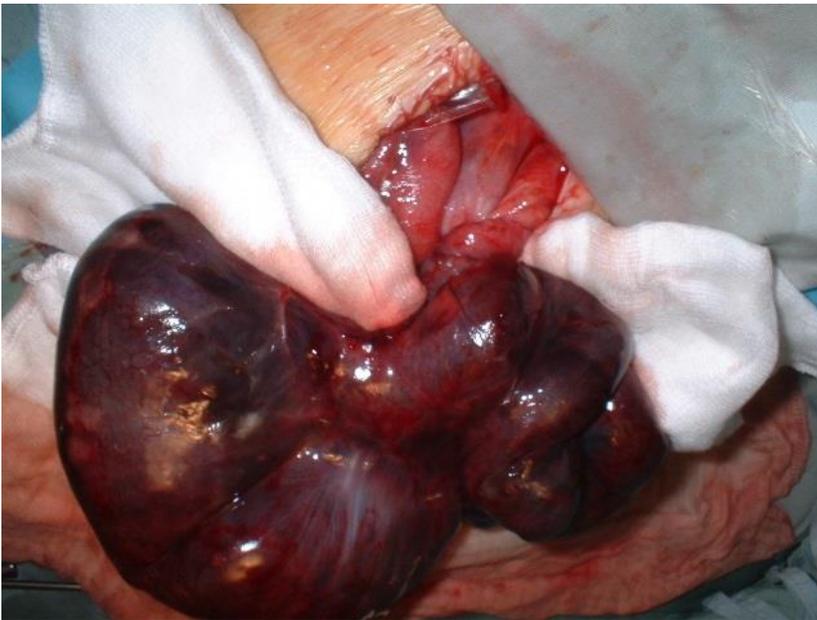


Figure 3: Hernie para duodénale gauche avec nécrose iléale