

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DIAGNOSTIQUES ET RESULTATS THERAPEUTIQUES DE LA HERNIE INTERNE ETRANGLEE AU CHU DE YALGADO OUEDRAOGO (CHU YO) DE OUAGADOUGOU.

M ZIDA¹, T OUEDRAOGO², B SANON¹, S S TRAORE³.

1. Assistant chef de clinique Service de chirurgie générale et digestive du CHU YO
2. Maitre de conférence agrégé Service de chirurgie générale et digestive du CHU YO
3. Maitre de conférence Service de chirurgie générale et digestive du CHU YO

Correspondance: Dr ZIDA Maurice, service de Chirurgie Générale et Viscérale, CHU YO
10 BP 13360 Ouagadougou 10
Email : zimaaur@yahoo.fr
Tel : (226) 70250095

RESUME

Contexte : la hernie interne étranglée est une pathologie rare qui a été généralement décrite sous la forme de cas clinique.

Objectif : décrire les aspects épidémiologiques, les difficultés diagnostiques des hernies internes au CHUYO et rapporter nos résultats thérapeutiques.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les cas de hernie interne opérée au CHUYO du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007. Pour chaque patient, ont été notés les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Deux patients ayant des antécédents de laparotomie ont été exclus de l'étude. Au total, 10 dossiers ont été retenus.

Résultats : En 12 mois, 984 urgences abdominales, 200 cas d'occlusion intestinale mécanique, 110 cas hernie étranglée dont 10 cas hernie interne, ont été opérées au CHUYO. Il s'agissait de 7 hommes et 3 femmes d'un âge moyen de 31 ans et ayant des antécédents de sub-occlusion dans 8 cas. Le délai moyen de consultation a été de 48 heures. Le diagnostic de hernie interne a été une surprise opératoire dans tous les cas. La hernie était péri caecale (4 cas), périvésicale (3cas), transmésentérique (3cas). Une incision du collet en zone avasculaire a été nécessaire dans 3 cas pour obtenir la réduction. Une résection intestinale a été nécessaire dans 2 cas. Quatre patients ont présenté des complications à type de suppuration de paroi. Le séjour moyen d'hospitalisation a été de 12 jours (extrêmes de 7 et 18 jours). La mortalité a été nulle. Le suivi moyen a été de 15 mois au cours desquels aucune anomalie n'a été observée.

Conclusion: les hernies internes étranglées sont une cause rare d'occlusion intestinale aiguë. Le diagnostic est le plus souvent une surprise opératoire. Il s'agissait le plus souvent de hernie péricæcale. Le traitement chirurgical a consisté en une désincarcération de l'anse

pouvant nécessiter une incision du collet. Les suites postopératoires ont été favorables.

Mots-clés : hernie interne – diagnostic – traitement – CHUYO.

SUMMARY

Background: *strangulated internal hernia is a rare disease which has been generally described as case report.*

Objectives: *to specify the epidemiologic aspects, the difficulties of diagnosis of the internal hernias in the teaching hospital Yalgado Ouédraogo and to bring back our therapeutic results.*

Patients and Methods: *It was about a retrospective study relating to the internal hernias operated in the teaching hospital Yalgado Ouédraogo from January to December 2007. For each patient, were noted the epidemiologic, diagnosis and therapeutic aspects. Two patients having a past history of abdominal surgery were excluded from the study. On the whole, 10 files were retained.*

Results: *In 12 months, 984 abdominal urgencies, 200 mechanic obstructions of the bowels, 110 strangulated hernias whose 10 internal hernias, were operated in the teaching hospital Yalgado Ouédraogo. They were 7 men and 3 women with an average age of 31 years and having a past history of sub obstruction in 8 cases. The average time of consultation was 48 hours. The diagnosis of internal hernia was an operative surprise in all the cases. Surgical exploration showed: a strangulated pericecal hernia (4 cases), perivesical hernia (3cas), transmesenteric hernia (3cas). An intestinal resection was necessary in 2 cases. Four patients presented complications with suppuration of wall. The average stay of hospitalization was 12 days (range 7 to 18 days). There was no mortality. The average follow-up was 15 months during which no*

anomaly was observed.

Conclusion: *the strangulated internal hernias are a rare cause of acute obstruction of the bowels. The diagnosis is generally an operational surprise in spite of evocative history of sub obstruction. The pericecal hernias are most frequent in our context. The treatment is surgical. The postoperative continuations were favourable.*

Key words: *internal hernia – diagnosis – treatment – CHUYO.*

INTRODUCTION

L'incarcération d'un segment intestinal dans une fossette péritonéale est une cause rare d'occlusion mécanique. Selon les données de la littérature^{5,12}, la plupart des cas publiés sont des cas cliniques. Nous nous proposons dans ce travail de rapporter notre expérience dans le but de décrire les aspects épidémiologiques, les difficultés diagnostiques et d'exposer nos résultats thérapeutiques.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur les cas de hernie interne opérée au CHUYO du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007. Pour chaque patient, les éléments suivants ont été notés : l'âge, le sexe, les antécédents, le délai de consultation, le délai de prise en charge, les signes cliniques, les données de l'ASP, le protocole opératoire et les complications postopératoires. Ont été exclus de cette étude, 2 patients ayant des antécédents de laparotomie. Au terme de l'étude 10 dossiers ont été retenus.

RESULTATS

En 12 mois, 984 urgences abdominales, 200 occlusions intestinales mécaniques, 110 hernies étranglées dont 10 hernies internes, ont été opérées au CHUYO. Les hernies internes ont ainsi représenté 0,9% des hernies étranglées, 0,5% des occlusions intestinales mécaniques et 0,01% des urgences chirurgicales abdominales. Les patients se répartissaient en 7 hommes et 3 femmes, soit un sex ratio de 2,3. L'âge moyen des patients a été de 31 ans avec des extrêmes de 21 et 48 ans. Huit patients avaient des antécédents de sub-occlusion. Le délai moyen de consultation a été de 48 heures avec des extrêmes de 12 heures et 4 jours. Tous les patients ont été reçus en urgence pour une occlusion intestinale aiguë faite de douleur abdominale vomissement, arrêt des matières et des gaz. L'examen physique à l'entrée a mis en évidence une absence de cicatrice de laparotomie, un météorisme abdominal immobile

dans 8 cas, et animé d'ondulation péristaltiques dans 2 cas. La palpation abdominale a révélé une douleur provoquée dans la fosse iliaque droite dans 2 cas. Le diagnostic préopératoire a été une occlusion intestinale aiguë mécanique par strangulation (volvulus du grêle dans 8cas) et par obstruction (tumeur du grêle dans 2cas). La radiographie de l'abdomen sans préparation, prenant les coupes diaphragmatiques a révélé des images hydroaériques dans 7 cas et une anse sentinelle dans 3 cas. Tous les patients ont été pris en charge immédiatement dès leur arrivée aux urgences grâce à l'existence d'un kit sans prépaiement. Le traitement médical a consisté en la mise en place d'une sonde d'aspiration nasogastrique, une sonde urinaire à demeure, la correction des troubles hydroélectrolytiques et une transfusion sanguine dans 2 cas. La voie d'abord a été médiane sus et sous ombilicale, et l'exploration a mis en évidence: une hernie péri caecale (4 cas), péri vésicale (3cas), transmésentérique (3cas). La réduction de la hernie ou la désincarcération de l'anse dans la fossette péritonéale a été facile dans 7 cas. Une incision du collet en zone avasculaire a été nécessaire dans 3 cas pour obtenir la réduction. L'aspect nécrotique de l'anse a nécessité une résection intestinale dans 2 cas avec anastomose immédiate. La fermeture de la fossette péritonéale a été systématique dans tous les cas. Quatre patients ont présenté des complications à type de suppuration de paroi. Le séjour moyen d'hospitalisation a été de 12 jours avec des extrêmes de 7 et 18 jours. La mortalité a été nulle. Le suivi moyen a été de 15 mois avec des extrêmes de 11 mois et 2 ans au cours duquel aucune anomalie n'a été observée.

DISCUSSION

Les hernies internes, 0,9% des hernies étranglées et 0,5% des occlusions intestinales mécaniques constituent une cause rare d'occlusion intestinale aiguë mécanique au CHUYO. La rareté de la hernie interne a été signalée dans la littérature^{6, 9, 13} où son taux oscillerait entre 0,2 et 0,9% des autopsies, 1 à 1,4% de toutes les occlusions intestinales et 0,2 à 2% de toutes les hernies.

La prédominance masculine notée dans notre série (7 hommes pour 3 femmes) a été conforme aux données de nombreux auteurs^{11,13}. La petite taille des différentes études ne permettrait pas de conclure sur la répartition en fonction du sexe^{2,9,13}. L'âge moyen de nos patients était de 31 ans avec des extrêmes de 21 et 48 ans. La hernie

interne n'est pas une pathologie spécifique de l'adulte et peut se manifester à n'importe quel âge, de la période néonatale à un âge avancé selon Pesseaux et Coll¹³. Le diagnostic préopératoire a été très difficile, surtout le diagnostic étiologique de cette occlusion mécanique. Toutes nos hypothèses diagnostiques ont été erronées. Le diagnostic de certitude a été une découverte opératoire dans tous les cas de notre série. L'occlusion intestinale mécanique par hernie interne n'auraient pas de signes spécifiques^{6,12,13}. Les antécédents de nos patients (absence de cicatrice de laparotomie, l'existence d'une sub-occlusion résolutive dans 8 cas, absence de hernie pariétale externe dans 10 cas) auraient pu orienter le diagnostic préopératoire vers la hernie interne étranglée ou vers l'invagination intestinale aiguë. Certains auteurs^{9,13} ont fait le même constat. La radiographie de l'abdomen sans préparation a confirmé dans tous les cas une occlusion du grêle, sans préjuger de l'étiologie. Les explorations radiologiques sont elles aussi décevantes et les images ne sont interprétées correctement qu'à postériori^{4,13,15}. Tous nos patients ont été opérés en urgence. L'exploration a permis le diagnostic étiologique et le type de hernie : péricæcale (4cas), transmésentérique (3cas), périvésicale (3 cas : photo n° 1 et 2). La hernie para duodénale considérée comme la plus fréquente dans la littérature¹³ a été absente dans notre série. La hernie péricæcale, (4cas dans nos observations), première variété notée dans notre série venait également en tête dans la série Pesseaux⁵ et à contrario par rapport aux données de Bediaoui² et Takeyama¹⁴ où la hernie para duodénale dominerait. La hernie péri vésicale (3 cas dans notre série) est assez fréquente, d'origine congénitale et révélée à l'âge adulte^{1,3,10}.

La hernie transmésentérique ,3 cas dans notre série, serait exceptionnelle et plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte⁷. Les autres variétés de hernie interne (mesosigmoïdienne, à travers le hiatus de Winslow, le ligament large, la hernie de Bochdaleck, la hernie transmésocolique sont plus rares^{1,8,15}. Les inflammations chroniques de la région pelvienne dans notre milieu, traitées médicalement (amibiase caecale, bilharziose, tuberculose iléo-caecale, Les infections intestinales) expliqueraient en partie l'importance d'une hernie péri-caecale et périvésicale dans notre série. Les facteurs responsables de la survenue d'une hernie interne seraient l'amaigrissement, l'allongement du mésentère, la fixation du colon et de l'intestin par des adhérences^{3,5,8}.

La réduction de la hernie ou la désincarcération de l'anse dans la fossette péritonéale a été aisée dans 7 cas de notre série. Une incision du collet en zone avasculaire a été nécessaire dans 3 cas pour obtenir la réduction de la hernie. Plusieurs auteurs^{5,13,15} ont utilisé cette méthode thérapeutique. Une suppuration de la plaie opératoire a été notée chez 4 patients et a été guérie par les soins locaux. La mortalité a été nulle. L'évolution des hernies internes opérées tôt, est souvent favorable^{3,5, 13}.

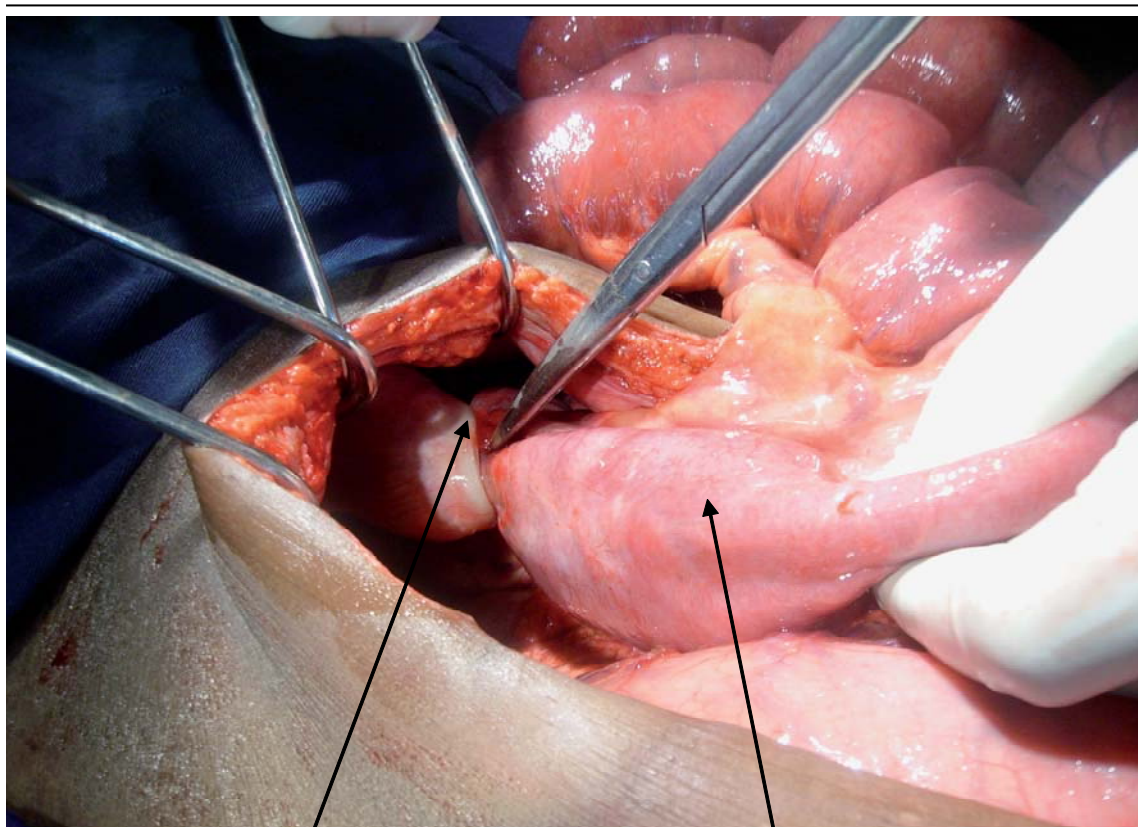
CONCLUSION

Les hernies internes sont une cause rare d'occlusion intestinale aiguë puisqu'elles ont représenté 0,01% des urgences chirurgicales dans notre série. L'absence de signes spécifiques fait que le diagnostic est le plus souvent une surprise opératoire. Cependant des antécédents très évocateurs comme les subocclusions devraient orienter le diagnostic. Le traitement essentiellement chirurgical, consiste en une désincarcération de l'anse herniée. Les suites postopératoires ont été simples.

REFERENCES

- 1- Atul K, Lo Menzo E, Dhawan N, Tichansky DS. Internal hernias and nonclosure of mesenteric defects during laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surgery* DOI 10.1007/s 11695-008-9722-5 .
- 2- Bedioui H,Chebbi F, Ayadi S, Makni A, Daghfous A,Bakhtri M, Fteriche F, Ksantini R, Jouini M, M Kacem, Ben Safta Z. Abord coelioscopique d'une hernie interne transmésentérique. A propos d'un cas. *Journal de Coelichirurgie* 2007 ; 61:62-64.
- 3- Berthet B, Assadourian R. Une forme rare de hernie interne : la hernie du meso-sigmoïde. *Journal de chirurgie* 1993 ; 130, 4 :170-172.
- 4- Blachar A, Michael PF. Bowel obstruction following liver transplantation: clinical and CT findings in 48 cases with emphasis on internal hernia. *Radiology* 2001; 218: 384-388.
- 5- Brunschweiler B, Ainsseha N, Daoud M, Mauvais F. A propos d'un cas de hernie de l'angle iléo-caecal à travers le hiatus de Winslow. *Annales de chirurgie* 2005 ; 130 : 346-349.
- 6- Collins D, Kavanagh D, Myers E, Richards S, McDermott E. Incarcerated transmesosigmoid hernia presenting in a 60 years old man: a case report. *Journal of medical case reports* 2008; 2 ,161:1-3.
- 7- Fujita A, Takaya J, Takada A, Ishihara T, Hamada Y, Harada Y. Transmesenteric hernia: report of two patients with diagnostic emphasis on plain abdominal x-ray finding: *European Journal of pediatric* 2003;162: 147-149.
- 8- Hiraiwa K, Morozumi K, Miyazaki H, Sotome K, Furukawa A, Nakamaru M. Strangulated hernia through a defect of the broad ligament and mobile caecum. A case report. *World*

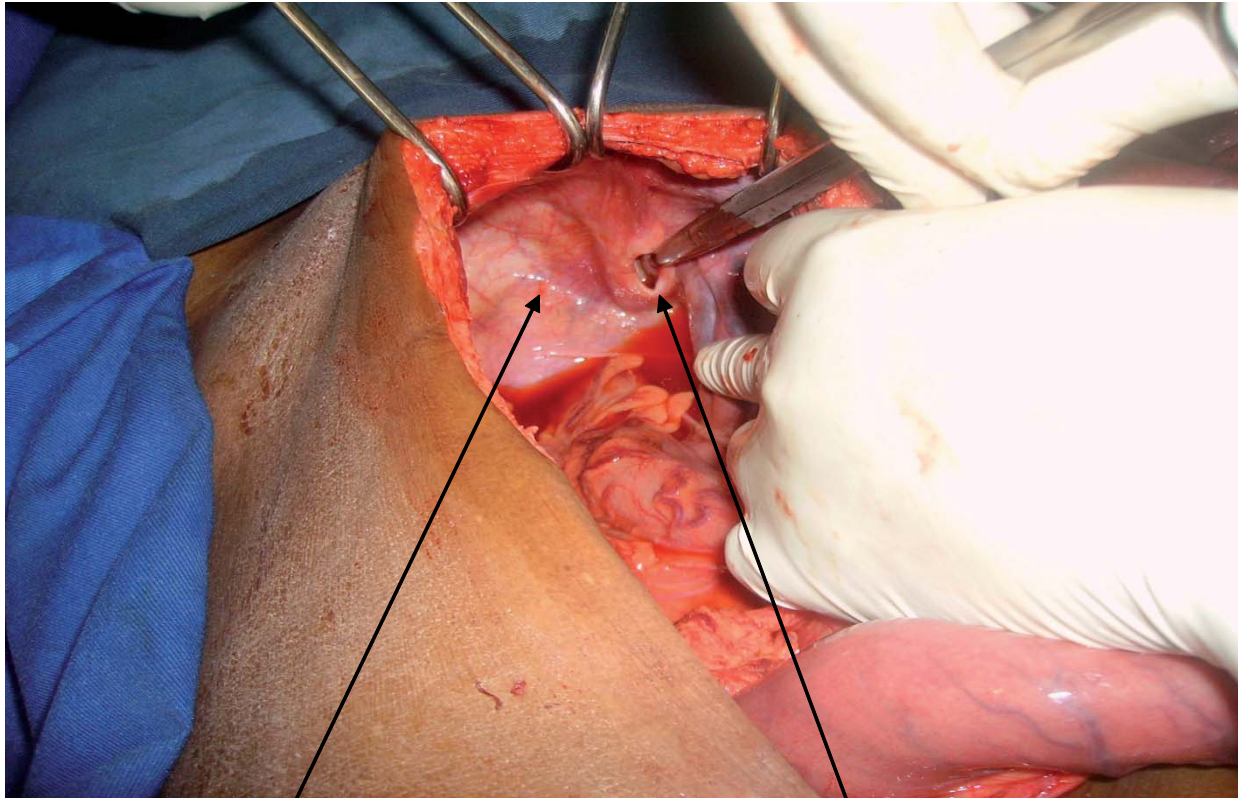
- Journal of gastroenterology 2006 ;12 , 9 :1479-1480.
- 9- Lê P, El Braks, Ramaheiriason Y, Biley C. Une hernie retrocaecale. *Feuillet de radiologie* 10) Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of intestinal hernias: radiologic and clinical findings. *American Journal Roentgenol* 2006; 186: 703-717; 2008 ;48,1 : 35-38.
 - 11- Medarhri J, El Ounani M, Rachid K, Iken A, Echarrab M, El Amraoui M, Balafrez S. Hernie interne paraduodenale gauche. A propos d'une nouvelle observation. *Médecine du Maghreb* 1997 ; 62 : 9-12 .
 - 12- Nnif N, Salem A, Bouzaidi S, Rajhi H, Trabelsi O, Najjar T, Zaouch A, Hamza R. Hernie interne paraduodenale. A propos d'une nouvelle observation. *Tunisie Médical* 2002; 80 , 3 :142-145.
 - 13- Pesseaux P, Tuech JJ, Derouet N, Bouceray S, Arnaud SP. Hernie interne : une cause rare d'occlusion intestinale : A propos de 14 cas. *Annales de chirurgie* 1999 ; 53 , 9 :870-873.
 - 14- Takeyama N, Gokan T, Ohgiya T, Satoh S, Hashizume T, et al. CT of internal hernias. *Radiographies* 2005; 25: 997-1015.
 - 15- Torres Villalobos GM, Kellogg TA, Leslie DB, Antananarivicius G, Andrade RS et al. Small bowel obstruction and internal hernias during pregnancy after gastric bypass surgery. *Obes Surgery* DOI 10.1007/s 11695-008-9681-x .



Collet de la
hernie

Anse grêle

Photo n° 1 : Hernie supra vésicale étranglée



Vessie

Orifice de la
hernie

**Photo n° 2 : Hernie supra vésicale après
réduction du contenu**