



## HERNIE INTERNE PERI-CAECALE A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LITTÉRATURE

GAYITO ADAGBA RA<sup>1</sup>, ALLODE A<sup>2</sup>, GBESSI DG<sup>3</sup>, SAMBIANI DM<sup>1</sup>, TCHANGAI B<sup>1</sup>, DARE S<sup>1</sup>, AMEGBLE KJD<sup>1</sup>. ADABRA K<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Services de Chirurgie Viscérales A Et B du Centre Hospitalier et Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, Togo.

<sup>2</sup>Service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Départemental Universitaire du Borgou – Alibori, Bénin.

<sup>3</sup>Service de Chirurgie Viscérales A du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant : GAYITO ADAGBA RENE AYAHOVI, Tél : 00228 936 020 74/ 00229 956 123 55

E-mail : [gayito\\_castro@yahoo.fr](mailto:gayito_castro@yahoo.fr). FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE LOME

### RESUME

Les hernies internes de découvertes rares représentent deux pour cents des occlusions intestinales. Elles peuvent se révéler selon un mode aigu ou plus progressif avec des épisodes sub-occlusifs répétés. Le diagnostic doit être évoqué chez un sujet sans antécédents chirurgicaux présentant un syndrome occlusif. Nous rapportons un cas, de hernie interne péri-caecale par un récessus iléo-caecal inférieur chez un sujet de 55 ans responsable d'une strangulation iléale avec ischémie réversible.

**Mots clés:** Hernie interne – Affection péri-caecale.

### SUMMARY

#### PERICAECALE INTERNAL HERNIA ABOUT ONE CASE AND LITERATURE REVIEW

Internal hernias rare discoveries represent two per cent of bowel obstruction. They can be an acute or progressive mode with more sub occlusive episodes. We take cases of internal hernia peri-cecal in subject 55 years responsible ileal strangulation with reversible ischemia.

**Keywords:** Internal hernia, peri-cecal affection

### INTRODUCTION

Les hernies internes sont définies comme étant la protrusion d'un viscère au travers un orifice normal ou anormal dont la localisation est péritonéale ou mésentérique. Leur incidence dans les grandes séries autopsiques varie entre 0,2 et 2 %. Nous rapportons ici, le cas d'une hernie interne péri-caecal découverte dans un contexte d'occlusion intestinale.

### OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 55 ans, diabétique mal suivi et sans ATCD chirurgical. Admis pour douleur abdominale localisée en fosse iliaque gauche avec arrêts des matières et des gaz dans un contexte apyrétique. La survenue secondaire de vomissements avec la persistance des symptômes motivent la consultation aux urgences chirurgicales du CHU-SO Olympio de Lomé pour prise en charge 10 jours après le début des symptômes.

L'examen clinique à l'entrée avait retrouvé : une altération de l'état général, un bon état hémodynamique, un abdomen plat et douloureux dans son ensemble, les orifices herniaires libres et un toucher rectal normal.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (Fig 1) faite avait mise en évidence des niveaux hydro-aériques plus larges que hauts

centraux faisant évoquer une occlusion du grêle.



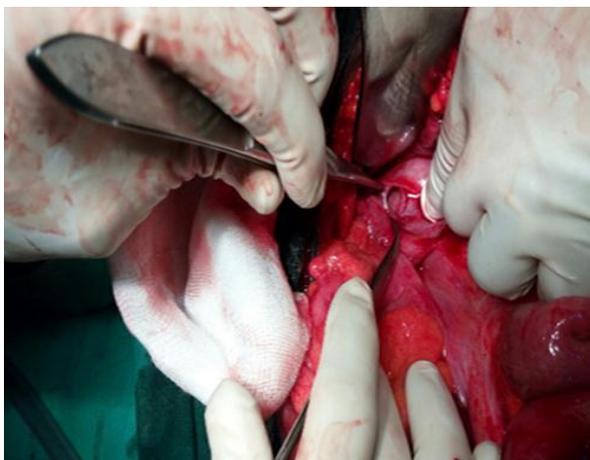
**Figure 1 :** Rx ASP montrant les niveaux hydro-aériques

Le diagnostic d'une occlusion du grêle par bride primitive ou hernie interne ayant été évoqué, après une brève réanimation, le patient fut admis au bloc. Sous AG + IOT, après laparotomie médiane sous ombilicale, on découvre une distension iléo-colique avec une portion de l'iléon terminale incarcérée (Fig 2) dans le

récessus iléo-caecal inférieur (Fig 3) réalisant une hernie interne péri-caecale. On réalise, une réduction de l'anse incarcerated qui était viable suivie d'une fermeture du récessus. Le patient après fermeture pariétale fut transféré en réanimation polyvalente.



**Figure 2 :** Image montrant la portion d'anse incarcerated dans le récessus



**Figure 3 :** Image montrant le récessus iléo-caecal inférieur

Les suites opératoires étaient simples avec reprise du transit au deuxième jour post-opératoire avec la sortie du malade au septième jour post opératoire.

#### **DISCUSSION**

La hernie interne est une pathologie rare. Sa fréquence dans les grandes séries autop-

siques est comprise entre 0,2 et 2 % [1]. Elles peuvent être congénitales et donc se font à travers un orifice normal, para normal ou anormal. Mais de plus en plus, l'origine post opératoire est décrite après les transplantations hépatiques orthotopiques et les dérivations gastro-jéjunales coelio-chirurgicales avec anastomose sur anse en Y de Roux [2].

La hernie péri-caecale vue dans notre cas clinique, est une hernie vraie avec un sac herniaire constitué par un décollement plus ou moins étendu du fascia de Toldt droit qui accole normalement le côlon droit et une partie plus ou moins étendue du cæcum au péritoine pariétal postérieur. La caractéristique de ce sac herniaire est qu'il se développe au contact des parois latérales du cæco-ascendant qui se trouve donc étiré par les anses herniées distendues en situation latéro-colique. Elle représente 13 % des hernies internes [3] et est responsables des occlusions du grêle dans 0,2 à 5,8 % [4]. L'âge de révélation des hernies internes selon la série de Zissin et collaborateurs serait de 38 ans [5] mais elles peuvent survenir à tout âge.

Le tableau clinique des hernies internes est non spécifique. Dans 5 % des cas il s'agit d'un tableau d'occlusion intestinale aigu [6]. L'existence d'une occlusion à ventre plat, comme ce fut le cas dans notre observation serait l'apanage des hernies à petit sac herniaire [7].

Le diagnostic pré opératoire des hernies internes en dehors de tout étranglement est rare, Bruot O et collaborateurs [8] avait rapporté le seul cas de hernie interne du caeco-colon ascendant via le hiatus de Winslow exploré en colo-scanner à l'eau en 2007 en dehors de tout période aiguë.

De principe il faudra évoquer le diagnostic d'une hernie interne devant un tableau d'occlusion intestinal aigu chez un patient sans ATCD chirurgicaux abdomino-pelvien qui t'a la confirmé par le scanner abdominal avec reconstitution multi planaire qui seul peut faire le diagnostic positif, le diagnostic du mécanisme et le diagnostic étiologique de la hernie [9].

L'évolution presque toujours des hernies internes se fait vers l'étranglement d'où leur traitement chirurgical quand elles sont diagnostiquées même en dehors de toute symptomatologie [7].

En cas d'étranglement, le traitement consiste en une désincarcération et traitement de l'anse

suivie de la fermeture de la brèche. Dans notre cas le traitement de l'anse a consisté à l'application de sérum physiologique sur la portion d'anse herniée et l'observance d'un retour spontanée de la coloration a fait éviter une résection anastomose. La réduction de l'anse étranglée est le plus souvent facile car le collet dans la majorité des cas est large [10].

### **CONCLUSION**

Les hernies internes constituent une affection rare dont le diagnostic pré opératoire est souvent difficile à établir sur les seuls arguments cliniques, mais doit être évoquer devant tout tableau d'occlusion intestinale sans passé chirurgical abdomino-pelviennne.

### **REFERENCES**

- 1-Blachar A, Federle MP. Internal hernia: an increasingly common cause of small bowell obstruction. *Semin Ultrasound CT MR* 2002; 23: 174-83.
- 2- Mathieu D, Luciani A. Internal abdominal herniations. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 183: 397-404.
- 3-LU HC, WANG J, TSANG YM et al. Pe-ricecal hernia: a report of two cases and survey of the literature. *Clin Radiol*, 2002, 57: 855-8.

- 4-Martin LC, Merkle EM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol*, 2006, 186: 703-17.
- 5-Zissin R, Osadchy A, Gutman V, Rathaus V, Shapiro-Feinberg M, Gayer G. CT findings in patients with small bowel obstruction due to phytobezoar. *Emerg Radiol* 2004; 10: 197-200.
- 6- Daghfous A, Bedioui H, Baraket O, Chouaieb S, Ayadi S, Makni A, Rebai W, Ksantini R, Chebbi F, Fterich F, Jouini M, Amnous A, Kacem M, Mani NB, Safta ZB. Apport de l'entéroscanner dans le diagnostic pré opératoire des hernies internes : à propos de 3 cas. *La Tunisie Médicale* 2011 ; 89 (1) : 62-6.
- 7- Medarhri J, El Ounani J M, Rachid K, Jaafar A, Iken A, Echarrab M, El Amraoui M, Benchekroum A, Balafrej S. Hernie interne para-duodénale gauche à propos d'une nouvelle observation. *Médecine du Maghreb* 1997 ; 62 : 21-2.
- 8-Bruot O, Laurent V, Tissier S, Meyer-Bisch L, Barbary C, Corby S, Beot S, Régent D. Une hernie interne du caeco-colon ascendant via le hiatus de Winslow explorée en coloscanner à l'eau. *Journal de radiologie* 2007 ; 88 (3) : 393-6.
- 9- Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y et al. CT of internal hernias. *Radiographics* 2005; 25: 997-1015.
- 10- Gibbaoui H, Arnalsteen L, Bougard V et al. Une occlusion intestinale par hernie interne à travers le hiatus de Winslow. *Ann Chir* 2001 ; 126 : 493-4.