

OCCLUSION INTESTINALE AIGÛE SUR HERNIE INTERNE PÉRICAECALE : *A propos d'un cas*

BATAICHE A, DIF MR, LEMDAOUI N.

Service de Chirurgie Générale B, Centre Hospitalo-Universitaire de
Constantine, Faculté de Médecine de Constantine.

RÉSUMÉ :

La hernie interne est une pathologie très rare. On rapporte le cas d'un patient de 59 ans qui s'est présenté pour une douleur abdominale isolée et pour lequel les examens morphologiques ont objectivé un syndrome occlusif sans pouvoir déterminer son étiologie. Le malade a été opéré et le diagnostic de hernie interne a été fait en peropératoire. Les suites postopératoires étaient simples.

Mots clés: Hernie interne péricaecale, Occlusion intestinale aigüe, Diagnostic, Chirurgie.

ABSTRACT: ACUTE BOWEL OBSTRUCTION DUE TO PERICAECAL INTERNAL HERNIA: A case report.

Internal hernia is a disease with very low incidence rate. We reported the case of 59 years-old man, presented with the only symptom of abdominal pain for which radiological examinations have objectified an intestinal obstruction syndrome without being able to determine its etiology. The patient was referred to surgery and internal hernia diagnosis was made during the surgical exploration. Postoperative time was uneventful.

Key words: Pericaecal internal hernia, Bowel obstruction, Diagnosis, Surgery.

INTRODUCTION

La hernie interne est définie comme étant l'issue d'un viscère à travers un orifice normal ou anormal dont la localisation est péritonéale ou mésentérique [1]. C'est une pathologie rare de moins de 2% d'incidence [2]. Le diagnostic est difficile en préopératoire et le traitement est basé sur la chirurgie [3]. Nous rapportons un cas d'une hernie interne péri-caecale découverte en peropératoire dans un contexte d'occlusion intestinale aigüe.

OBSERVATION

C'est un patient âgé de 59 ans ne présentant aucun antécédent médical ni chirurgical. Le malade a consulté suite à la survenue d'une douleur abdominale paroxystique isolée avec à la palpation une sensibilité diffuse de l'abdomen, des orifices herniaires libres et une ampoule rectale pleine au toucher rectal. Une série d'examen complémentaires radiologiques ont été faits, à savoir, un abdomen sans préparation mettant en évidence un niveau hydro-aérique isolé épigastrique. La tomodynamométrie abdominale a objectivé une occlusion intestinale aigüe du grêle sans signes de souffrance digestive d'étiologie non déterminée (figure 1).

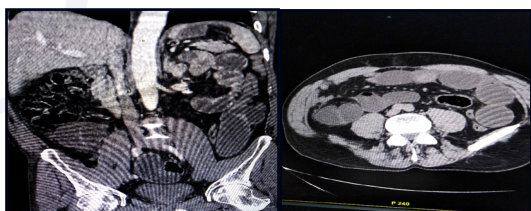


Figure 1. Images scanographiques objectivant la dilatation intestinale du grêle évoquant une occlusion intestinale aigüe.

Le bilan biologique d'urgence comprenant : NFS, TP, Gr-Rh, Urée, Créatinine, ionogramme et glycémie étaient sans anomalies. Le malade a été pris en charge chirurgicalement. Abordé par une incision médiane, L'exploration a retrouvé une incarceration d'anses grêles à travers un orifice du péritoine postérieur retro caecal (figure 2) évoquant une hernie interne rétro caecale avec un intestin d'amont modérément dilaté sans signes de souffrance, avec un méga dolichocôlon. Le geste opératoire a consisté en une réduction de l'anse avec fermeture de l'orifice herniaire. Les suites opératoires étaient simples et le patient était mis sortant au 5^{ème} jour post-opératoire (figure 3).

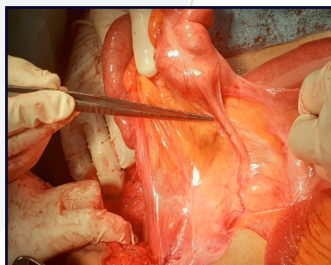


Figure 2. Orifice herniaire retro caecal.

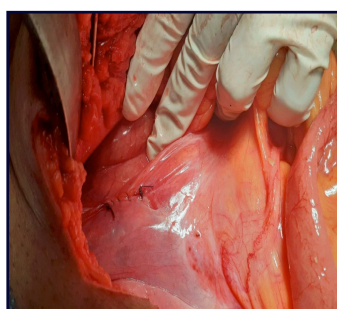


Figure 3. Fermeture de la brèche péritonéale.

DISCUSSION

C'est une pathologie rare dont l'incidence globale trouvée sur des séries d'autopsie varie de 0,2 à 2% [2].

Ces hernies seraient acquises au dépend des différentes fossettes retro caecales dont, la pathogénie est due à la perturbation du processus normal de rotation de l'intestin pendant le développement embryonnaire, la fragilité des tissus en raison du vieillissement, de l'élévation de la pression intérieure de l'abdomen, des adhérences rétro péritonéales, la chirurgie abdominale et les modifications vasculaires [4]. On en décrit Trois variétés, externe (retrocaecocolique), interne (retro-iléocaecale) et iléo-appendiculaire [5].

Le diagnostic en préopératoire est difficile dû aux manifestations cliniques non spécifiques [2]. Les symptômes peuvent varier de vagues douleurs abdominales jusqu'à l'occlusion intestinale qui peut être intermittente spontanément résolutive ou aigüe. La péritonite aigüe est une complication redoutable en cas de nécrose intestinale [6]. L'abdomen sans préparation est contributif en cas de syndrome occlusif et confirme l'origine grelique [3]. Cependant, le scanner reste l'examen radiologique de choix pour explorer un abdomen aigu ou une occlusion intestinale d'origine incertaine [6]. L'image scannographique objective une ou plusieurs anses intestinales dilatées au niveau de la fosse iliaque droite avec des vaisseaux mésentériques étirés et engorgés convergeant vers la région médiane profonde et un colon ascendant refoulé en avant [3].

Le cas de notre patient était marqué par la survenue d'une douleur abdominale isolée avec un examen clinique pauvre et l'absence de cicatrice d'intervention chirurgicale et d'anomalie pariétale pouvant orienter vers une étiologie occlusive ; ce qui rend notre orientation clinique et diagnostique difficile. Les examens radiologiques ont permis de faire le diagnostic du syndrome occlusif sans déterminer son étiologie.

Le traitement est chirurgical, basé sur la réduction des anses et leurs désincarcération dans la fossette péritonéale avec la fermeture de la brèche péritonéale [7,8]. Concernant notre malade et devant la présence d'une urgence chirurgicale une prise en charge au bloc opératoire a été décidée, au cours de laquelle l'exploration chirurgicale a permis de faire le diagnostic étiologique définitif de la hernie interne pericaecale. Notre attitude chirurgicale était similaire à celle décrite dans la littérature et notre patient avait bien évolué, sans complications.

CONCLUSION

La hernie interne pericaecale est une pathologie rare, de diagnostic difficile. Vu la pauvreté et la non spécificité du tableau clinique et parfois la difficulté diagnostique par les examens radiologiques, le diagnostic est le plus souvent fait en peropératoire. Le traitement essentiellement chirurgical, consiste en une désincarcération de l'anse herniée.

DATE D'ENVOI : 26/06/2021.

DATE D'ACCEPTATION : 30/05/2022.

DATE DE PUBLICATION : 28/06/2022.

RÉFÉRENCES

- Gayito Adagba RA et al. Hhernie interne peri-caecale a propos d'un cas et revue de littérature. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin. 2017 ; 26: 76-78.
- Takuya Ogami et al. Pericecal hernia manifesting as a small bowel obstruction successfully treated with laparoscopic surgery. Journal of Surgical Case Reports. 2016: 1-4.
- Bass J Jr, Longley BJ. Paracecal hernia: case report and review of

the literature. *Am Surg.* 1976; 42: 285–8.

4. Quenu J, Loygue J, Perrotin J, Dubost C, and Moreaux J. Laparotomies pour occlusion intestinale. Opérations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif. Paris: Masson, 1967.

5. Salar O et al. Internal hernias: a brief review. Springer-Verlag France. 2013; 17: 373–377.

6. Echaïeb A, Hrarat L, Kotobi H. Traitement chirurgical des hernies internes. *EMC - Techniques chirurgicales - Appareil digestif* 2013; 8(3): 1-13.

7. 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.

8. 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.