

Apport de l'entéroscanner dans le diagnostic pré opératoire des hernies internes : A propos de 3 cas

Amine Daghfous, Heykal Bedioui, Oussama Baraket, Sofiene Chouaieb*, Sofiene Ayadi, Amin Makni, Wael Rebai, Rachid Ksantini, Faouzi Chebbi, Fadhel Fteriche, Mohamed Jouini, A Ammous, Montassar Kacem, Nabil Ben Mami *, Zoubeir Bensafta

Service de chirurgie "A" Hopital La Rabta

* Service de gastroentérologie « B » Hopital la Rabta

A. Daghfous, H. Bedioui, O. Baraket, S. Chouaieb, S. Ayadi, A. Makni, W. Rebai, R. Ksantini, F. Chebbi, F. Fteriche, M. Jouini, A. Ammous, M. Kacem, N. Ben Mami, Z. Bensafta

A. Daghfous, H. Bedioui, O. Baraket, S. Chouaieb, S. Ayadi, A. Makni, W. Rebai, R. Ksantini, F. Chebbi, F. Fteriche, M. Jouini, A. Ammous, M. Kacem, N. Ben Mami, Z. Bensafta

Apport de l'entéroscanner dans le diagnostic pré opératoire des hernies internes : A propos de 3 cas

Tomodensitometric diagnosis of internal herniation: Report of 3 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°01) : 62 - 66

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°01) : 62 - 66

R É S U M É

But : Etudier l'apport de la tomodensitométrie dans le diagnostic des hernies internes congénitales et évaluer ses performances diagnostiques en les confrontant aux données per opératoires.

Observations : Nous rapportons 3 cas de hernies internes : deux hernies transmésentériques et une hernie à travers le ligament falciforme. Il s'agit de 2 femmes et un homme dont les âges respectifs étaient de 23, 45 et 60 ans. Ils avaient une symptomatologie d'occlusion intestinale aiguë sans antécédent de laparotomie ou notion de traumatisme antérieur. Les trois patients ont eu un scanner abdominal qui a fortement suspecté le diagnostic de hernie interne et qui a été confirmé en per opératoire.

Conclusion : Les hernies internes sont rares et souvent non diagnostiquées en pré opératoire. Le scanner abdominal est le meilleur examen pour le diagnostic de ces hernies.

S U M M A R Y

Aims: To study the value of the CT scan in the diagnosis of internal herniation and to evaluate its performance comparing its features to preoperative data.

Cases: We report 3 cases of patients with internal hernias (two men and one woman whose age is 23, 45 and 60 years) hospitalised in emergency for a small bowel obstruction. There were no previous abdominal surgeries or trauma. The three patients underwent CT scan. Signs of tranmesenteric hernias and hernia through the falciform ligament were diagnosed preoperatively and confirmed at laparotomy.

Conclusion: The internal hernia is rare cause of small bowel obstruction. The CT scan is an important way to make diagnosis and to choose the surgical strategy.

M o t s - c l é s

Hernie interne ; abdomen ; tomodensitométrie ; chirurgie

Key - w o r d s

Internal hernia; abdomen; CT scan; surgery

Les hernies internes sont définies par le déplacement d'un ou plusieurs viscères à travers un orifice ou une dépression de la cavité abdominale. Leur incidence dans les séries autopsiques varie entre 0,2 et 2% et la plupart sont asymptomatiques [1,2]. Il s'agit d'une cause rare d'occlusion intestinale aigüe représentant 5% des étiologies des occlusions intestinales aigües. Le diagnostic pré opératoire est souvent difficile à établir en pré opératoire sur les seuls arguments cliniques vu que les symptômes et les signes physiques manquent de spécificité et de sensibilité. Le scanner abdominal occupe actuellement une place prépondérante dans l'arsenal diagnostique permettant de poser le diagnostic positif de l'occlusion, le diagnostic de mécanisme et le diagnostic étiologique ce qui permet d'adapter la stratégie thérapeutique et de guider parfois le choix de la voie d'abord chirurgicale.

Les buts de ce travail sont d'étudier l'apport de la tomodensitométrie dans le diagnostic des hernies internes congénitales et d'évaluer ses performances diagnostiques en les confrontant aux données peropératoires.

OBSERVATIONS

Observation 1

Mr D.H âgé de 45 ans sans antécédents pathologiques notables, était hospitalisé en urgences pour une occlusion intestinale aigüe. La symptomatologie remontait à trois jours avant son admission, faite de douleurs péri-ombilicales associées à des vomissements et un arrêt des matières et des gaz. L'examen physique trouvait un patient déshydraté, apyrétique, un état hémodynamique stable, un météorisme abdominal diffus, un tympanisme à la percussion et une sensibilité abdominale diffuse. Les orifices herniaires étaient libres et le toucher rectal

était normal. Les examens biologiques étaient normaux notamment l'absence d'hyperleucocytose et une fonction rénale normale. L'abdomen sans préparation avait objectivé de multiples niveaux hydro-aériques de type grêle. Une tomodensitométrie abdominale était réalisée et avait montré des anses grêles dilatées avec une zone de transition grêle plat-grêle dilaté au niveau de l'iléon terminal en rapport avec une hernie interne probablement trans-épiplœique et sans signes de souffrance intestinale (figure.1).

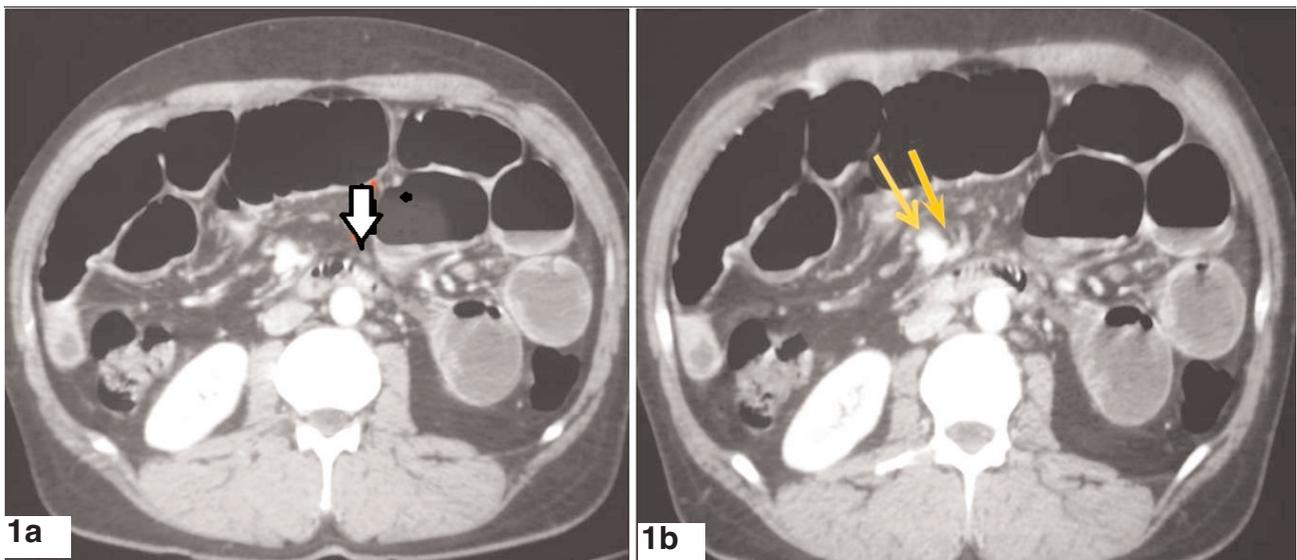
La patiente était alors opérée en urgence. Devant la distension importante du grêle l'intervention était menée par une incision médiane sus et sous-ombilicale. L'exploration per-opératoire avait objectivé une hernie interne trans-épiplœique, l'anse grêle incarceratedée était hyperhémique et congestive. Le geste avait consisté en une libération de l'anse grêle étranglée sans résection intestinale avec une fermeture de la brèche épiplœique et une vidange rétrograde du grêle. Les suites opératoires étaient simples.

Observation 2

Mme H.C âgée de 23 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, était hospitalisée par le biais des urgences pour une occlusion intestinale aigüe fébrile. Le début de la symptomatologie remontait à trois jours avant son admission, faite de douleurs abdominales diffuses prédominants à l'étage sous ombilical et un arrêt des matières et des gaz associé à des vomissements incoercibles évoluant dans un contexte fébrile. L'examen physique avait trouvé une patiente fébrile à 38°C, un abdomen ballonné, tympanique à la percussion avec une sensibilité abdominale diffuse. Le toucher rectal était normal et les orifices herniaires étaient libres. La biologie avait objectivé une hyperleucocytose à 13000/mm³.

La radiographie de l'abdomen sans préparation avait montré

Figure 1 : Coupes axiales de scanner réalisées après injection de PDC qui montraient des anses grêles dilatées au niveau du flanc gauche avec la présence d'une zone de transition (1a, flèche simple) et l'engorgement des vaisseaux mésentériques (1b, flèche double).



des niveaux hydro-aériques de type grêle. Une échographie abdominale avait montré un épanchement liquidien tans-sonore de moyenne abondance. La tomодensitométrie abdominale avait montré des anses grêles dilatées avec une zone de transition grêle dilaté-grêle plat au niveau de l'iléon terminal et sans signes de souffrance intestinale (figure.2). Le diagnostic de hernie interne trans épiploïque étranglée était alors évoqué sur les données de la tomодensitométrie.

La patiente était opérée en urgence. L'intervention était menée par une incision médiane sus et sous-ombilicale. L'exploration per-opératoire avait objectivé une hernie interne trans-épiploïque. L'anse grêle incarcerated, était hyperhémée et congestive avec un épanchement séreux intrapéritonéal de moyenne abondance. La désincarcération de l'anse a permis la reprise d'une vitalité normale de l'anse. Une fermeture de la brèche épiploïque et une vidange rétrograde du grêle étaient alors réalisées. Les suites opératoires étaient simples.

Observation 3

Mr S.K âgé de 60 ans, sans antécédents, était hospitalisé en urgence pour un syndrome occlusif. Le début de la symptomatologie remonte à trois jours avant son admission, fait de douleurs épigastriques à type de torsion, associées à des vomissements et un arrêt des matières et des gaz.

L'examen physique avait trouvé un météorisme abdominal diffus avec une sensibilité abdominale plus marquée au niveau de l'épigastre. Les orifices herniaires étaient libres et le toucher rectal trouvait une ampoule rectale vide. L'hémogramme était normal de même que la fonction rénale et l'ionogramme.

La radiographie d'abdomen sans préparation avait montré de multiples niveaux hydro-aériques de type grêle dont certains se projetaient en regard de l'aire hépatique.

Par ailleurs, on notait la présence d'une anse intestinale plate en continuité avec un segment intestinal distendu et dont la zone de transition se projetait au niveau de l'hypochondre droit.

La tomодensitométrie abdominale avait confirmé l'existence d'une zone de striction du grêle et du mésentère à travers le ligament falciforme sans signes de souffrance intestinale faisant ainsi évoquer le diagnostic d'occlusion grêlique par incarceration à travers une hernie interne très probablement du ligament falciforme (Fig. n°3).

Le patient était opéré en urgence après une brève réanimation. L'intervention était menée par voie médiane sus ombilicale. L'exploration per-opératoire avait confirmé le diagnostic de hernie interne au niveau du ligament falciforme (Fig. n° 3). L'intestin était de bonne vitalité et l'orifice herniaire faisait 3 cm de diamètre. Le geste opératoire avait consisté en une désincarcération du grêle avec une vidange rétrograde et un effondrement du ligament falciforme sur toute la longueur de son insertion diaphragmatique. Les suites opératoires étaient simples.

DISCUSSION

Les hernies internes sont secondaires à un défaut d'accolement du péritoine et une anomalie de rotation de l'intestin grêle au cours du développement embryologique (4). Selon leur siège, on distingue par ordre de fréquence, les hernies para duodénales, les hernies para coecales, les hernies transmésentériques, les hernies mésosigmoïdiennes et les hernies para vésicales. Elles sont rares et sont rarement diagnostiquées en pré opératoire. A cause du risque de strangulation du contenu herniaire même les petites hernies doivent être diagnostiquées et traitées. Le diagnostic

Figure 2 : Coupes axiales après injection de PDC qui montraient une distension des anses avec une jonction grêle plat-grêle dilaté au niveau de la fosse iliaque droite (2a, flèche simple) et absence de signes de souffrance intestinale (2b, flèche double)

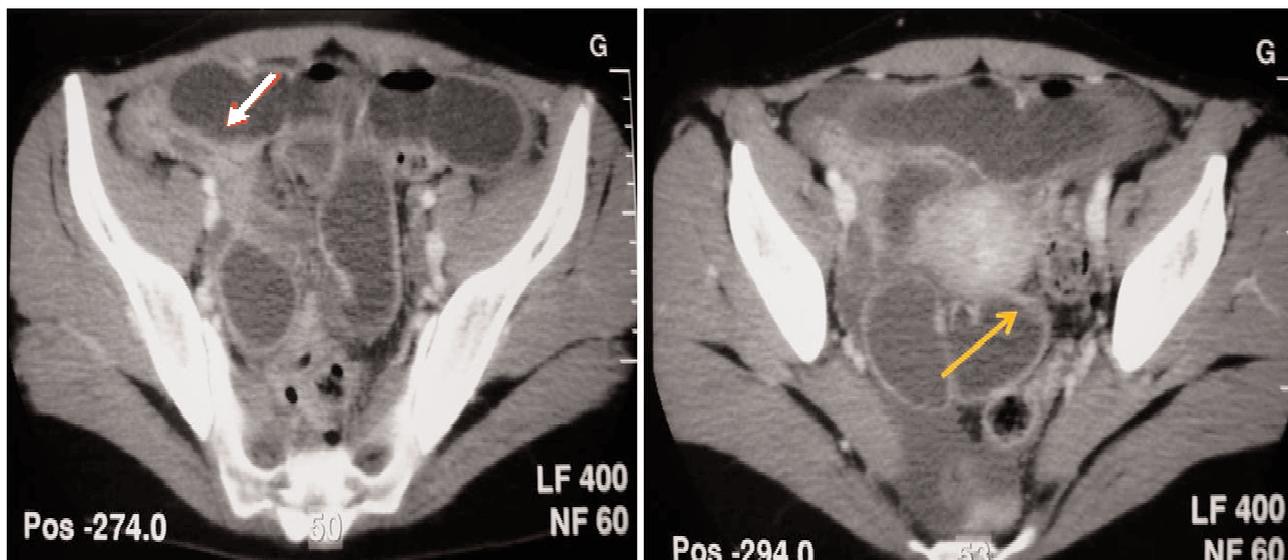
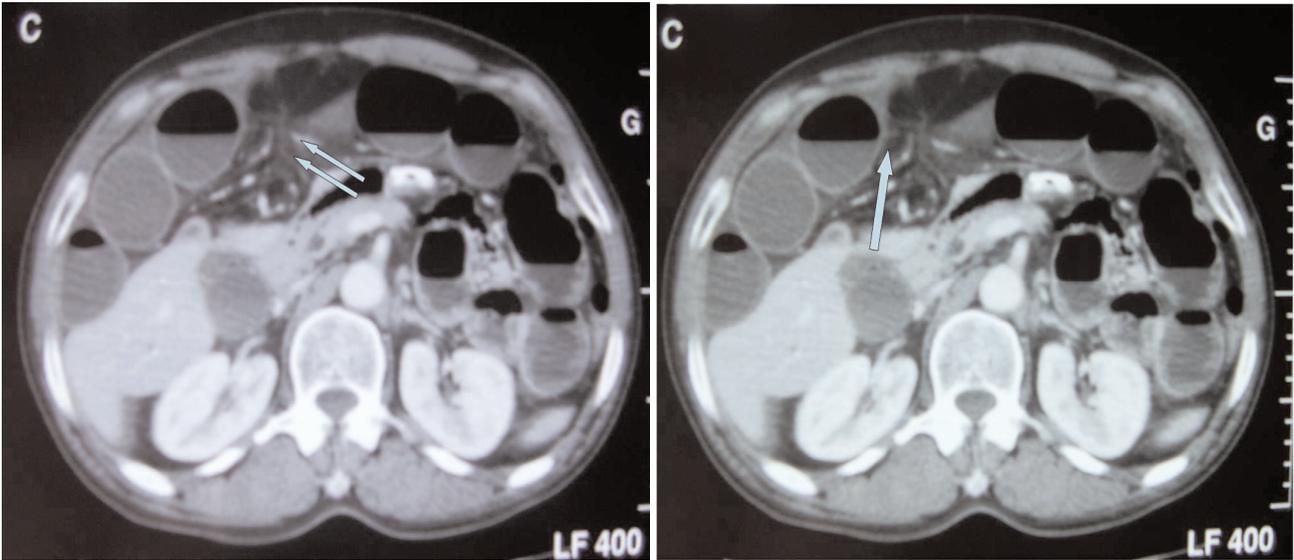


Figure 3 : Coupes axiales de scanner réalisées après injection de PDC qui montraient des anses grêles dilatées au niveau du flanc gauche avec la présence d'une zone de transition (1a, flèche simple) et l'engorgement des vaisseaux mésentériques (1b, flèche double).



préopératoire devient une préoccupation pour les chirurgiens et les radiologues. Dans la majorité des cas, le tableau se résume à un syndrome occlusif. A cause de ce manque de spécificité clinique, les examens radiologiques et particulièrement le scanner abdominal jouent un rôle important dans le diagnostic des hernies internes. La tomодensitométrie abdominale est actuellement le moyen d'imagerie de choix dans l'exploration de la pathologie abdominale en urgence et en particulier de l'occlusion intestinale aigue en l'absence de signes de souffrance intestinale imposant une chirurgie en urgence. L'objectif de cet examen devant un syndrome occlusif est de mettre en évidence une occlusion mécanique du grêle, de visualiser le siège de l'obstacle, sa cause et de rechercher des signes de souffrance intestinale qui conditionnent la stratégie thérapeutique.

C'est un examen performant permettant de poser un diagnostic précis de hernie interne dans 77% des cas, avec une sensibilité de 63% et une spécificité à 76%. (5,6).

Cependant, le diagnostic tomодensitométrique de hernie interne reste souvent difficile et varie en fonction du type de hernie (7). En effet, au cours de la hernie para duodénale gauche il montre une encapsulation des anses grêles entre l'estomac et le pancréas à gauche du ligament de Treitz, ou derrière la queue du pancréas ou encore entre le colon descendant et le rein gauche ; un déplacement vers la gauche de la veine mésentérique située en avant du sac herniaire (repère important pour les hernies para-duodénales gauches) et un aspect tordu, dilaté des vaisseaux mésentériques au niveau du sac herniaire. On peut également retrouver un effet de masse sur la paroi postérieure de l'estomac, sur l'angle duodéno-jéjunal et sur le colon transverse refoulé vers le bas (8, 9). En cas de hernie paraduodénale droite on peut retrouver un aspect encapsulé des anses grêles à droite de la ligne médiane à la partie inférieure et latérale de la deuxième portion duodénale (3), parfois des

anomalies congénitales du pédicule vasculaire mésentérique supérieur avec une veine en position ventrale et plutôt à gauche témoigne d'une anomalie de rotation du grêle. Parfois on peut observer une visualisation du méso-colon droit marqué par la veine colique refoulée par le sac herniaire (8).

Le scanner abdominal, semble être le meilleur examen pour confirmer le diagnostic d'une hernie transmésentérique(10,11), lorsqu'il montre l'absence de sac herniaire, des anses grêles dilatées immédiatement sous la paroi abdominale et un effet de masse sur le colon, une désorganisation de l'anatomie normale des anses jéjunales et un angle duodéno-jéjunal déplacé à droite.

Pour les hernies trans-mésocoliques, il objective la présence d'anses entre le corps ou la queue du pancréas et l'estomac, un refoulement de la face postérieure de l'estomac en avant, un refoulement de la jonction duodéno-jéjunale vers le bas et un refoulement du colon transverse vers le bas (12).

En cas de hernie interne à travers le ligament falciforme, on retrouve une distension gazeuse grêlique proximale localisée à droite de l'abdomen avec présence de multiples anses grêles dilatées qui sont interposées entre la paroi antérieure de l'abdomen et l'estomac (1).

CONCLUSION

Les hernies internes sont le plus souvent congénitales. Elles représentent une cause rare d'occlusion intestinale aigue de l'adulte. Il faut néanmoins y penser devant une occlusion survenant en l'absence de tout antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne vu l'absence de symptomatologie clinique spécifique. Le diagnostic positif peut être posé en préopératoire avec certitude grâce à la tomодensitométrie abdominale.

Références

1. Blachar A, Federle MP. Internal hernia: an increasingly common cause of small bowel obstruction. *Semin Ultrasound CT MR* 2002; 23: 174-83.
2. Donnelly LF, Rencken IO, deLorimier AA, Gooding CA. Left paraduodenal hernia leading to ileal obstruction. *Pediatr Radiol* 1996; 26: 534-6.
3. 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.
4. Gullino D, Giordano O, Gullino E. Les hernies internes de l'abdomen : A propos de 14 cas. *J Chir* 1993; 130 :179-195.
5. Mnif N, Salem A, Bouzaidi S, et al. Hernie interne paraduodénale gauche : A propos d'une nouvelle observation. *Tunis Méd* 2002; 80: 142- 45.
6. Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, et al. CTof internal hernias. *Radiographics* 2005; 25:997-1015.
7. Chevallier P, Denys A, Schmidt S, Novellas S, Schnyder P, Bruneton JN. Valeur du scanner dans l'occlusion mécanique de l'intestin grêle. *J Radiol* 2004; 85:541-51
8. Catalano OA, Bencivenga A, Abbate M, Tomei E, Napolitano M, Vanzulli A. Internal hernia with volvulus and intussusceptions: case report. *Abdom Imaging* 2004; 29:164-5
9. Osadchy A, Weisenberg N, Wiener Y, Shapiro-Feinberg M, Zissin R. Small bowel obstruction related to left-side paraduodenal hernia: CT findings. *Abdom Imaging* 2005; 30:53-55.
10. Durai R, Chua L, Jacomb-Hood J, Linsell J. An interesting ca(uses) of small bowel obstruction. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2009; 18: 212-28.
11. Oriuchi T, Kinouchi Y, Hiwatashi H, et al. Bilateral paraduodenal hernias: Computed tomographie and magnetic resonance imaging appearance. *Abdom Imaging* 1998; 23:278-80.
12. Delebecq T, Bourneville M, Guillemot F, Dugué T. Diagnostic d'une hernie interne trans-mésocolique par tomodensitométrie. *J Chir* 2004; 141:332