Annales Africaines de Médecine
Cas clinique

Hernie transmésentérique congenitale de l'adulte: cause rare d'occlusion intestinale

Congenital transmesenteric hernia in adult: rare cause of intestinal obstruction

Abdelilah Elbakouri[1], El Mehdi Choukri[1], EL Hattabi Khalid[2], Zahra Fatima Bensardi[2], Abdelaziz Fadil[2]

Correspondance
Choukri El Mehdi, MD
Courriel : choukrielmehdi@gmail.com

Summary

The Transmesenteric hernias in adult correspond to the passage of small bowel intestine through an abnormal mesenteric defect. This type of hernias is usually post operative. The other etiologies encompass traumatic, inflammatory, or congenital origins. Even though they are rare, their anatomical and clinical characteristics are varied. We report the case of post-ischemic necrosis of the small bowel strangulated through a mesenteric congenital defect in adult. The aim of this report is to describe the diagnostic and therapeutic strategy for transmesenteric hernias.

Keywords: Hernia, mesenteric defect, small intestine necrosis

Received: February 17th, 2020
Accepted: April 13th, 2020

1. Service de Chirurgie générale, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

2. Service de Chirurgie viscérale, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Résumé

Les hernies transmésentériques de l'adulte correspondent à une issue d'intestin à travers un orifice intra-abdominal anormal. Elles sont habituellement la conséquence d'une intervention chirurgicale. D'autres étiologies sont rarissimes incluant les causes traumatique, inflammatoire, ou congénitale.
Malgré leur rareté, elles ont des caractéristiques anatomiques et cliniques variées. Nous rapportons le cas d'une nécrose ischémique d'une anse grêlique par strangulation à travers une brèche mésentérique congénitale chez un adulte. Le but est de partager les astuces ainsi que les stratégies diagnostiques et thérapeutiques devant les hernies transmésentériques.

Mots-clés : Hernie, brèche mésentérique, sphacèle anse grêle.

Reçu le 17 février 2020
Accepté le 13 avril 2020

Introduction

Les hernies transmésentériques, bien que classiques, sont exceptionnelles. A notre connaissance, les données sur ce type d'hernie sont marginales rendant difficile la détermination de leur incidence. Les complications ont souvent été décrites à un âge pédiatrique, alimentant l'hypothèse d'une origine congénitale du défect. Néanmoins, des cas de hernies transmésentériques ont également été aussi décrits chez l'adulte. Nous rapportons un cas d'hernie transmesenterique avec un recul de 2 ans.

Observation clinique

Un homme âgé de 18 ans, sans antécédents médicaux ni chirurgicaux, était admis en urgence pour syndrome occlusif aigu, dominé par des douleurs abdominales diffuses associées aux vomissements évoluant depuis 24h. L'examen clinique objectivait une sensibilité abdominale généralisée. La radiographie sans préparation en position debout a decelé des niveaux hydro-aériques.

This is an open Acces article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

This is an open Acces article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

La tomodensitométrie abdominale a visualisé la présence des niveaux hydro-aériques grêliques avec un niveau transitionnel grêlique en rapport avec une occlusion mécanique et un épanchement péritonéal de moyenne abondance sans pouvoir identifier la cause de la symptomatologie **(**figure 1).

Le patient a été opéré en urgence sous anesthésie générale, par une laparotomie médiane et l'exploration chirurgicale a découvert une anse iléale incarcérée dans le mésentère et déjà sphacélée (figures 2 et 3). L'acte chirurgical a consisté en une résection intestinale de l'anse grêle sur environ 60 cm emportant le sphacèle. Et une anastomose termino-terminale iléo-iléale a été réalisée. Les suites opératoires étaient simples. Le patient était sorti de l'hôpital au quatrième jour.

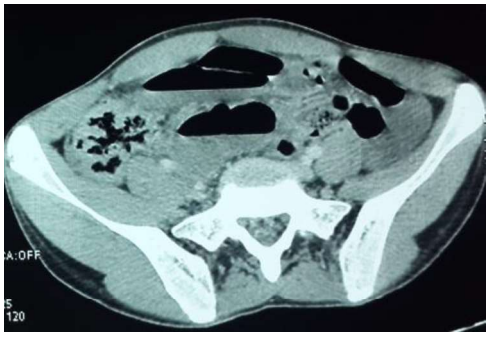
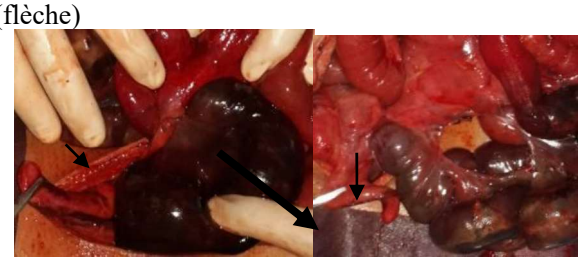


Figure 1. TDM abdominale montrant des niveaux hydro-aériques grêliques avec disparité de calibre (flèche)



Figures 2 et 3. Images per opératoires montrant l'incarcération d'une anse iléale à travers une brèche transmésentérique

Discussion

Les hernies transmésentériques, bien que classiques, sont exceptionnelles. Leur incidence n'est pas formellement établie. Les brèches mésentériques sont habituellement la conséquence d'une intervention chirurgicale (1). D'autres étiologies sont rares: traumatique, inflammatoire, ou congénitale (1-2).

Elles intéressent presque toujours l'aire triangulaire avasculaire de Trèves, située entre l'axe mésentérique supérieur, en dedans, et l'axe iléo-cæco-appendiculaire, en dehors. Le défect prend le plus souvent la forme d'une fente, s'étendant parfois sur toute la hauteur du mésentère (2). L'orifice est généralement unique et la hernie ne comporte jamais de sac (3). Et semble provenir d'un défaut de résorption du mésentère dorsal primitif ou bien d'une ischémie mésentérique survenue pendant l'organogenèse (4).

Le tableau clinique est celui d'une occlusion intestinale aiguë du grêle. L'ASP montre qu'il s'agit le plus souvent d'une occlusion non spécifique du grêle distal. Le scanner abdominal avec injection semble être le meilleur examen pour confirmer le mécanisme de l'occlusion, lorsqu'il montre la présence d'anses grêles fixées et épaissies en arrière du mésentère, qui apparaît lui-même projeté en avant. Mais, en réalité, le diagnostic préopératoire reste exceptionnel (3,5).

Le traitement est chirurgical. Il dépend de la viabilité intestinale et la voie d'abord médiane reste indiquée devant tout syndrome occlusif du grêle d'étiologie indéterminée. Cependant, la voie d'abord cœlioscopique paraît particulièrement intéressante dans cette indication, à visée diagnostique mais également à visée thérapeutique, en dehors de toute distension majeure du grêle qui contre-indiquerait alors cette approche (3, 6).

La manœuvre consiste à réduire progressivement le grêle hernié par traction douce mais également en refoulant conjointement celui-ci à travers le défect mésentérique. Lorsque le collet herniaire est étroit, l'ischémie intestinale est presque inéluctable du fait du délai diagnostique habituellement long dans cette affection. Enfin, en cas de sphacèle intestinal, le traitement doit respecter les règles classiques de la résection (3,7).

This is an open Acces article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Conclusion

Les hernies transmésentériques représentent une cause exceptionnelle des occlusions intestinales aiguës de l'adulte. Il faut néanmoins y penser devant une occlusion survenant en l'absence de tout antécédent de chirurgie abdominale ou pelvienne. Cependant, le diagnostic de certitude est souvent établi par le chirurgien à la suite des découvertes per opératoires.

Conflit d'intérêt
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec cet article. Selon la norme internationale ou la norme universitaire le consentement de la patiente a été recueilli et conservé par les auteurs.

Contribution des auteurs
Tous les auteurs ont contribué équitablement à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Sérénon V, Duclos J, Sielezneff I. Hernie interne transmésentérique : un piège dans le diagnostic d'occlusion chez l'adulte. *J Chir Viscérale*. 2018;**155** (4):338-339.
2. Ming Y-C, Chao HC, Luo C-C. Congenital mesenteric hernia causing intestinal obstruction in children. *Eur J Pediatr*. 2007; **166**:1045-1047.
3. Kotobi H, Echaieb A, Gallot D. Traitement chirurgical des hernies rares. *EMC - Chir*. 2005; **2** (4):425-439.
4. Rehman Z, Khan S. Large congenital mesenteric defect presenting in an adult. *Saudi J Gastroenterol*. 2010;**16** (3):223.
5. Bedda S, Radovanovic A, Bataille N, Montariol T, Fajardy A. Hernie interne à travers une brèche mésentérique sur une anse en Y montée selon Roux. *Ann Chir*. 2006; **131** (1):45-47.
6. Malit M, Burjonrappa S. Congenital mesenteric defect: Description of a rare cause of distal intestinal obstruction in a neonate. *Int J Surg Case Rep*. 2012;**3** (3):121-123.
7. Facchiano E, Iannelli A, Lucchese M. Hernie interne après déviation gastrique oméga (mini-gastric bypass) : mythe ou réalité ? *J Chir Viscérale* 2016;**153** (3):237-238.

This is an open Acces article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

This is an open Acces article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited