

**HERNIE PARADUODENALE DROITE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE DE
CHIRURGIE GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

**RIGHT PARADUODENAL HERNIA AT THE GENERAL SURGICAL UNIT OF
THE VI COMMUNE REFERRAL HEALTH CENTER OF BAMAKO**

Diallo M¹, Konaté M¹, Diakité I K¹, Keita M¹, Samaké A¹, Diassana M¹, Diassana B,
Haidara D¹, Coulibaly O¹, Maiga M, Touré B², Sanogo M³, Togo A⁴.

- 1- SERVICES DE CHIRURGIE GENERALE, GYNECO-OBSTETRIQUE, PEDIATRIE ET ANESTHESIE REANIMATION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO
- 2- SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO.
- 3- SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO
- 4- SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE

Adresse du correspondant : Dr Mamadou Diallo chirurgien chef du service de chirurgie générale du centre de sante de références de la commune VI du district de Bamako.
Tel : 76361702 Email : drdiallom@yahoo.fr

RESUME

La hernie paraduodénale droite est une cause rare d'occlusion intestinale aigue. Nous rapportons l'observation d'un patient de 31 ans sans antécédents particuliers qui consulte en urgence pour douleur et distension abdominales évoluant depuis 22 heures. Il était apyrétique et avait un bon état général. La palpation trouvait une douleur abdominale diffuse maximale au niveau de l'hypochondre droit. Le bilan biologique était normal. L'ASP montrait des niveaux grêliques. L'exploration au cours de la laparotomie d'urgence trouvait des anses grêles dilatées sans nécrose dont 2 mètres passaient par la une fente d'environ 4cm en aval de l'angle de Treitz. Nous avons procédé à l'extériorisation des anses incarcérées sans nécrose mais avec des zones de souffrance. Le patient est sorti de L'Hôpital à J5 avec des suites simples. Conclusion : la hernie paraduodénale droite est rare et son diagnostic reste difficile. Dans nos

conditions la laparotomie reste un moyen diagnostique et thérapeutique.

Mots clés : hernie interne, laparotomie, urgence, CSRéfCVI

SUMMARY

Right paraduodenal hernia is a cause of bowel obstruction. We reported a case treated successfully by laparotomy surgery, a 31 years old man was admitted in emergency for severe abdominal pain and abdominal distension. The symptom started 22 hours ago without fever. Physical examination found a abdominal pain maximum in the right hypochondrium. The laboratory test was normal. The ASP radiograph showed the sign of bowel obstruction on the small intestine. Laparotomy surgery was performed in emergency. A hernia orifice was observed near the right side of the ligament of Treitz and 2 meter of small intestine was incarcerated through the orifice into the retroperitoneum. There was

no bowel gangrenous. There was no postoperative complication and patient was discharged on POD 5. Conclusion : right paraduodenal hernia is a rare cause of bowel obstruction. The peoperative diagnostic is no easy. The laparotomie

surgery stay a good approach to resolve this diagnostic and therapeutic problem in ours conditions.

Key words : right paraduodenal hernia, laparotomy,emergency, CSRéfCVI

INTRODUCTION

Les hernies paraduodénales droites sont celles qui se développent à partir de la fossette de Waldeyer [1]. Elles constituent une rare cause d'occlusion intestinale aigue et pose un problème diagnostique en préopératoire. Nous rapportons un cas opéré en urgence dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

OBSERVATION

M.D.I âgé de 31 ans sans antécédents particuliers a consulté en urgence pour douleur et distension abdominales évoluant depuis 22 heures accompagnées vomissements post prandiaux précoces et un arrêt des matières et des gaz. Il avait été vu dans un centre de santé communautaire de la banlieue de Bamako où un traitement médical a été fait sans succès et une échographie demandé qui conclut à une occlusion intestinale.

A l'admission dans le service, il était apyrétique et avait un bon état général. A l'inspection l'abdomen était distendu sans cicatrice. La palpation trouvait une douleur abdominale diffuse maximale au niveau de l'hypochondre droit. La numération formule sanguine, la glycémie, la créatinémie et la CRP étaient normales. La radiographie de l'abdomen sans préparation demandé en urgence trouvait des niveaux hydro-aériques grêliques en pile d'assiette au niveau de l'hypochondre (Figure 1).



Figure 1 : ASP avec des niveaux hydro aériques grêliques

Après un temps d'attente de deux heure le patient a subit une laparotomie en urgence. Le patient est installé en décubitus dorsal sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale. Après badigeonnage et mise en place des champs nous avons procédé à une incision sus et sous ombilicale. L'exploration retrouvait des anses grêles dilatées sans nécrose dont une partie passait dans le retro péritoine par une fente retro mésentérique juste en aval de l'angle de Treitz. (Figure 2).

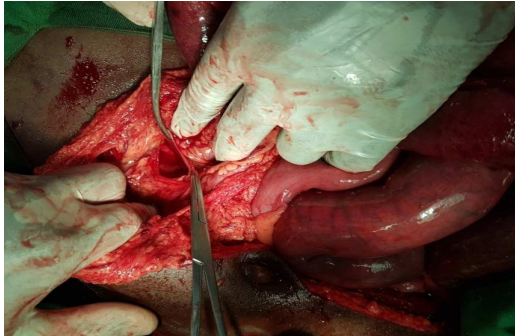


Figure 2 : Fente retro mésentérique en aval de l'angle de Treitz

Il s'agissait d'une hernie paraduodénale droite. Nous avons procédé à l'extériorisation d'environ deux mètres d'anses incarcérées situées à environ 50 cm de l'angle iléo-caecal. Le déroulement des anses retrouvait des zones de souffrance intestinale (Fig. No2). La fente retro mésentérique mesurait environ 4 cm (Figure 3). Nous avons procédé à la fermeture de fente au vicryl 2/0 puis lavage de la cavité péritonéale avec un litre de sérum salé puis fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

En post opératoire le patient a repris le transit intestinal à J2 et est sorti à J5 postopératoire avec des suites simples.

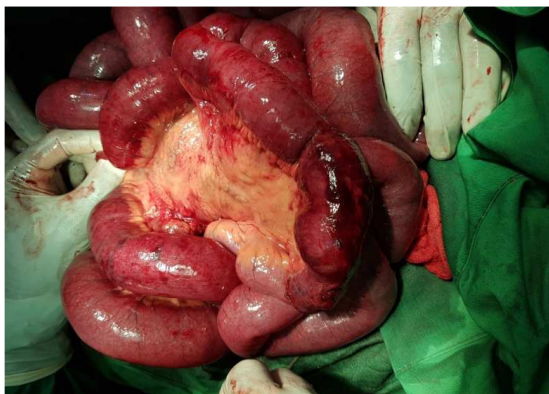


Figure 3 : Souffrance intestinale des anses incarcérées

DISCUSSION

Les hernies internes sont rares, elles représentent 0,9 à 2% des occlusions intestinales aiguës [2,3]. Steinke et al après une revue de la littérature, rapportait 9 hernies paraduodénales droites sur un total de 203 hernie internes diagnostiquées avec un âge moyen de 38 ans et sexe ratio de deux hommes pour une femme [4]. A. Togo et al rapportaient un cas en 19 ans d'activité [5]. Dans notre service en 11 ans c'est le premier cas.

Le diagnostic préopératoire de cette pathologie est difficile car l'incarcération des anses dans le sac peut être intermittente. Cette difficulté diagnostique conduisant ainsi à un retard du traitement ; chez notre patient un syndrome occlusif d'emblée a été évoqué.

Devant un abdomen distendu, douloureux, sans cicatrice, une biologie normale avec les signes d'occlusion nous avons réalisé une radiographie de l'abdomen sans préparation en urgence qui a permis d'évoquer le diagnostic d'occlusion intestinale grêlique sans autre précision. Le diagnostic de hernie paraduodénale droite a été préopératoire. Cette difficulté diagnostique préopératoire a été rapportée par d'autres auteurs [5,6]

Le traitement est chirurgical, il consiste à la réduction de la hernie, une résection intestinale en cas de nécrose et la fermeture de l'orifice herniaire. Cette fermeture est optionnelle pour certains auteurs car l'orifice pourrait se refermer spontanément [3,6].

Deux voies d'abord sont décrites : la laparotomie et la laparoscopie. Nous avons choisi la laparotomie car dans nos conditions de pratique la laparoscopie n'est pas disponible. Elle nous permis de préciser le diagnostic et traiter de notre patient. D'autres auteurs trouvaient que la voie coelioscopique est un moyen mini-invasif permettant de confirmer le

diagnostic mais aussi de traiter la hernie paraduodénale droite en absence de nécrose intestinale. Les avantages de cette voie d'abord sont la diminution de la durée d'hospitalisation et le bénéfice esthétique [3,7]

CONCLUSION

La hernie paraduodénale droite est rare et son diagnostic reste difficile. Dans nos conditions la laparotomie reste un moyen diagnostic et thérapeutique efficace en absence de cœlioscopie.

REFERENCES

- 1- MEYER MA : internal abdominal hernias :In : Meyer MA,editor,Dynamic radiology of the abdomen New York :springer-verlag 2000 ; P. 711-48
- 2- BLACHAR A, FEDERIE M, DODSON F. : internal hernia. Clinical and imaging finding in 17 patients with emphasis on CT criteria : radiology 2001 ; 218 : 68-74
- 3- MOON CHRISTOPHERH, CHUNG MATHEW, LIN KEVIN M : diagnostic laparoscopy and laparoscopic repair of a left paraduodenal hernia shorten hospital stay. : JSLS 2006 ; 10 ; 90-93.
- 4- STEINKE CR : internal hernia three additional case reports. : Arch. Surg. 1932 ; 25 : 909-23.
- 5- A. TOGO, L. KANTE, BT. DEMBELE, PB. DOLI, DM. BIOT, A. TRAORE, S. DEMANE, M. CHARFI, IA. NAASAN : J. Coeliosch ; E. Num ; 2015 ;93 : 38-40
- 6- JARBOUT S. GHILES E. ETIENNE JC, ATA T., FLINGERHUT A. CHOUILLARDE E. : hernie paraduodenale droite : une rare cause d'occlusion intestinale : J. Chir. 2008 ; 145(4) : 338-9.
- 7- UEMATSU T, KITAMURA H.,IWASE M, YAMASHITA K, OGURA H, NAKAMUKA T, OGURI H. : Laparoscopic repair of paraduodenal hernia : Surg. Endosc. 1998 ; 12(1)/ 50-2.