

HERNIE INTERNE ET DEFAUT D'ACCOLEMENT.

CURTO Cécile
DESC 01/02.

HERNIE INTERNE

- Protrusion d'un viscère abdominal à travers un orifice ou une poche péritonéale.
- Exclusion des hernies iatrogéniques chirurgicales.
- Rares: 0,2 à 2 % de toutes les hernies et 1 à 4,1 % des occlusions.
- Etiologie: 3 types
 - _ orifice normal
 - _ orifice anormal
 - _ orifice para-normal.

ORIFICE NORMAL : hiatus de WINSLOW.

fréquence: 8 à 17% sac péritonéal

ORIFICE ANORMAL:

hernie transmésentérique; 8%

hernie transépiploïque)

hernie transmésocolique) 6 %

hernie transligamentaire.

pas de sac péritonéal.

ORIFICE PARA-NORMAL: hernie paraduodénale; la plus fréquente 30 à 53 %; gauche ou droite voire rétroduodénale.

hernie péricaecale; 6 à 13 %.

hernie intersigmoïdienne; rare

hernie pelvienne.

sac péritonéal.

PRESENTATION CLINIQUE:

- * Terrain: homme=femme; n'importe quel âge.
sans antécédent chirurgical abdominal.
épisodes subaigus d'occlusion.
- * Cs pour douleur abdominale
A l'examen, signes d'occlusion; péritonite.
Parfois asymptomatique.

Complication: étranglement herniaire, sphacèle.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

- * ASP
- * TDM, parfois.

**LE DIAGNOSTIC N'EST QUASIMENT JAMAIS
ETABLI EN PREOPERATOIRE, MAIS FAIT EN
PEROPERATOIRE.**

TRAITEMENT:

TOUJOURS CHIRURGICAL.

_ simple en général, sauf pour le hiatus de Winslow.

_ 1) laparotomie: exploration de la cavité abdominale, désincarcération du tube digestif.(TD)

2) vérification de la vitalité du TD; +/- résection.

3) FERMETURE DE L'ORIFICE. (pas de résection du sac).

**NB: épiplooplastie pour le hiatus de Winslow.
(risque de thrombose du TP)**

PRONOSTIC: excellent; pas de récurrence, sauf pour le hiatus de Winslow.

MORBIDITE: dépend du score ASA.

MORTALITE: dépend de l'existence de péritonite.

DEFAUT D'ACCOLEMENT

- **Pathologie congénitale.**
- Fréquence exacte non connue.
- **Rappel embryologique:** 4ème semaine
intestin primitif: antérieur/postérieur/moyen
intestin moyen 5 phases: _allongement rapide
_hernie physiologique
_rotation 270° antéhoraire
_réintégration ds abdomen
_accolements péritonéaux.

Anomalie de rotation du mésentère=mésentère commun; VOLVULUS PRIMITIF DU GRELE

ARRET DE ROTATION A 90°:

mésentère dans un plan frontal; duodénum à droite de l'artère mésentérique supérieure, côlon droit à gauche de cette artère. Grêle et côlon dt mobiles. Risque de volvulus du grêle+côlon droit.

ARRET DE ROTATION A 180°:

mésentère ds un plan sagittal; caecum en position préduodénale et amarré à la paroi abdominale en région hépatique par les brides de LADD.

Risque de volvulus du grêle et de compression du duodénum.

PRESENTATION CLINIQUE:

- * Terrain: nouveau-né, nourrisson à 1 mois de vie >enfant, adulte.
- * Formes asymptomatiques, paucisymptomatiques.
- * Associé à une anomalie dans 30 à 60 % des cas.
- * Forme néonatale: intervalle libre; occlusion duodénale.
- * Vomissements biliaires, anorexie, douleur abdominale/ état de choc, hémorragie intestinale, péritonite.// signes d'occlusion chez l'enfant.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

- * ASP.
- * Lavement baryte.
- * écho-doppler mésentérique. (orientation anormale des vaisseaux mésentériques)

TRAITEMENT:

- _chirurgical: * laparotomie, détorsion du grêle, +/- résection
 - *dans tous les cas, même lors d'une découverte fortuite lors d'une laparotomie pour une autre pathologie.
 - *section des brides de Ladd; appendicectomie.
 - *replacer en situation de mésentère commun.

PRONOSTIC: récurrence rare.

MORBIDITE: liée à la quantité de grêle réséquée. (la résection étendue de grêle = 18% des étiologies du Sd de grêle court chez l'enfant).

MORTALITE: directement liée au sphacèle du grêle.

CONCLUSION:

_ HERNIE INTERNE: *rare.

*y penser dès qu'il existe un syndrome occlusif sans cicatrice abdominale et sans hernie de paroi.

*fermeture de l'orifice;

_ DEFAUT D'ACCOLEMENT: *pathologie plutôt du NN

*anomalie embryologique

*volvulus primitif du grêle

*urgence chirurgicale; replacer

en situation de mésentère commun.