

hernies internes

nihil novi sub sole



*La paresse nous bride et les sots vont disant
Que sous ce vieux soleil tout est fait à présent*

Alfred de Musset



F. Clounet

une littérature abondante depuis 2000 ; pratiquement toujours sous forme de cas cliniques, le travail de loin le plus utile



Traitement chirurgical des hernies internes

A. Echaïeb, L. Hrarat, H. Kotobi

A. Echaïeb, Praticien hospitalier.

L. Hrarat, Interne de chirurgie.

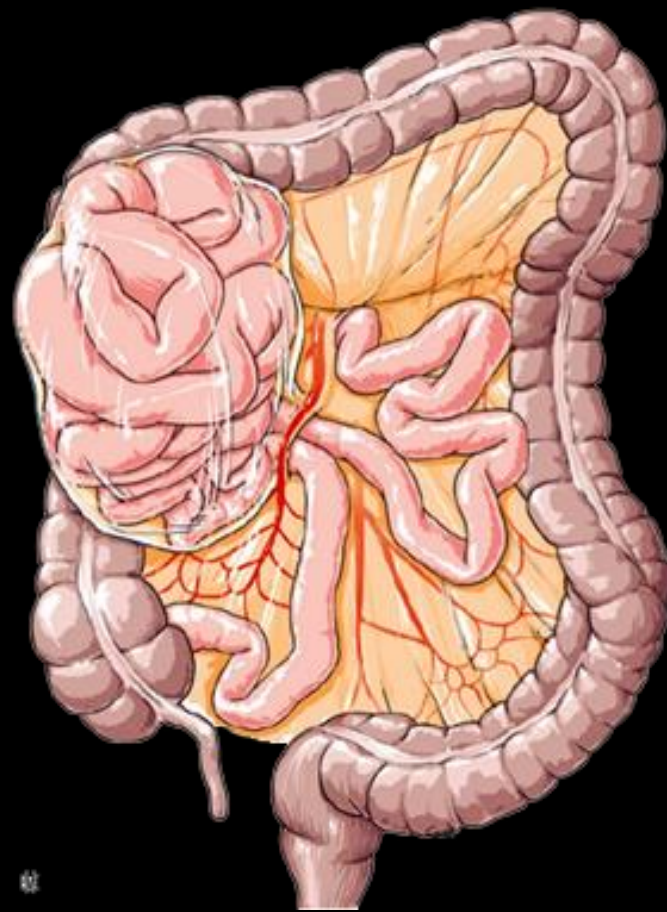
Service de chirurgie pédiatrique viscérale et urologique, Centre hospitalier bois, France.

H. Kotobi, Praticien hospitalier (henri.kotobi@ch-aulnay.fr).

Service de chirurgie pédiatrique viscérale et urologique, Centre hospitalier bois, France.

Service de chirurgie viscérale pédiatrique et néonatale, Hôpital Trousseau,

Toute référence à cet article doit porter la mention : Echaïeb A, Hrarat L, Kotobi H. Hernie paraduodénale droite - Appareil digestif 2013;8(3):1-13 [Article 40-445].



hernie paraduodénale droite

Thoma Ionescu (Thomas Jonnesco)(1860-1926)

Eminent anatomiste et chirurgien roumain, est le fondateur de la chirurgie expérimentale roumaine et l'initiateur de la rachi-anesthésie générale. Ses travaux sur la chirurgie urologique et en particulier la néphropexie sont restés célèbres.

Il était né à Ploesti en Valachie et vint à Bucarest pour y faire ses études de médecine. En 1878 il quitte la Roumanie pour aller en France s'inscrire à la Faculté de Médecine puis, l'année suivante, la Faculté de Droit mais, en 1882, une fois obtenue sa Licence, il abandonne le Droit pour la Médecine.

Nommé brillamment à l'Internat des hôpitaux de Paris, il devient ensuite Prosecteur de la Faculté. Son mémoire sur les "*Hernies internes rétro péritonéales*" lui vaut de recevoir en 1890 le prix Laborie de l'Académie de Médecine

Après avoir reçu en 1889 la nationalité française, il devient Docteur en médecine avec une thèse sur "*L'évolution intra-utérine du côlon pelvien*"

Il se présente ensuite à l'Agrégation d'anatomie, et y obtint la première place. Il va en 1892 être nommé Professeur agrégé à Paris

En 1894, il collabore avec les Professeurs Poirier, Charpy et Nicolas à la rédaction d'un Traité d'anatomie qui fait encore référence à notre époque.

En 1895, il retourna à Bucarest où il prit la direction de l'Institut d'Anatomie Topographique et de Chirurgie Expérimentale ainsi que de l'Hôpital Coltzea, champ d'application de ses idées sur l'asepsie chirurgicale.

En 1896, il va créer à Paris la revue "*Archives des sciences médicales*"

Sa carrière est jalonnée de distinctions honorifiques : Recteur de l'Université de Bucarest, Doyen de la Faculté de Médecine de Bucarest, membre de la Société de Chirurgie de Paris et membre associé de l'Académie de Médecine

en 1890 (soit 5 ans avant la publication princeps de W.C. Roentgen) , la thèse de Thoma Ionescu (Thomas Jonnesco)



HERNIES INTERNES RÉTRO-PÉRITONÉALES



OU HERNIES FORMÉES

DANS LES FOSSETTES NORMALES DU PÉRITOINE

HERNIES DUODÉNALES — HERNIES PÉRIGÉCALES — HERNIE INTERSIGMOÏDE

HERNIE A TRAVERS L'HIATUS DE WINSLOW

PAR

T. JONNESCO

Ancien Interne lauréat des Hôpitaux
(Médaille d'argent de chirurgie, 1889)
Aide d'Anatomie de la Faculté



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1890

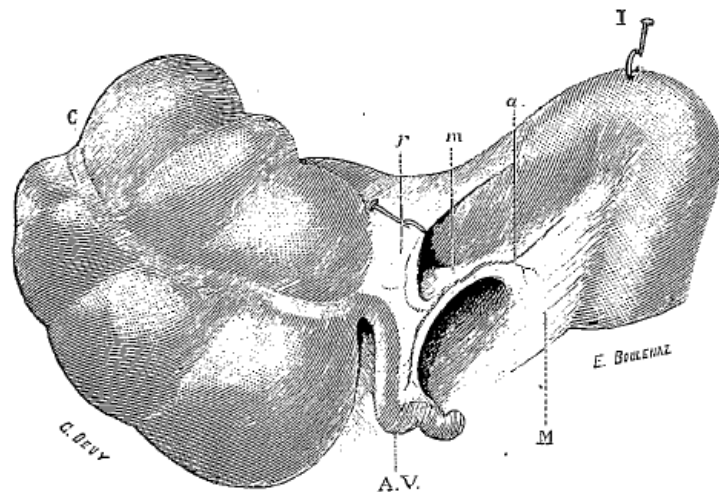


FIG. 29. — Fosseite iléo-appendiculaire.

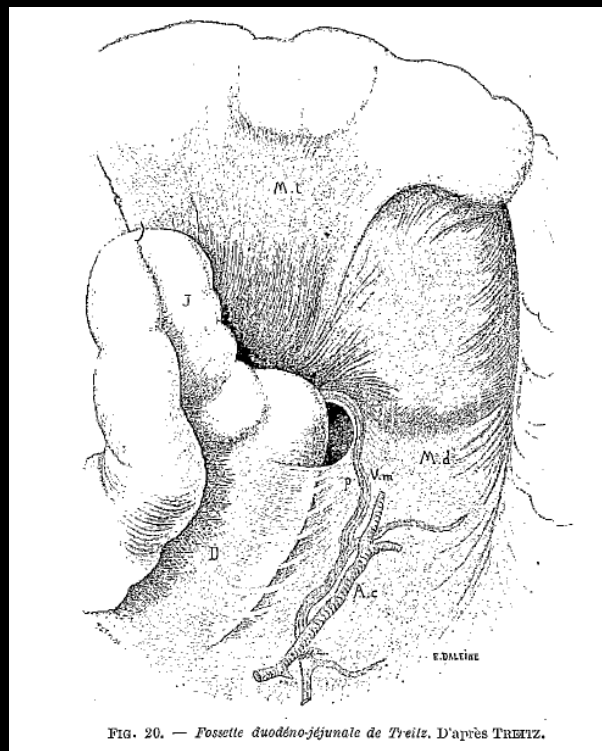


FIG. 20. — Fosseite duodéno-jéjunale de Treitz. D'après TREITZ.

rons-nous ? Nous n'osons le prétendre.

Quelle que soit la fossette dans laquelle elles se produisent, ces **hernies méritent toutes, sans exception, le nom de** hernies internes rétro-péritonéales. Toutes se présentent en effet avec les caractères primordiaux suivants :

- a) Sont *munies* d'un véritable *sac péritonéal*;
- b) *Siègent* dans la *cavité abdominale* ;
- c) *Se développent* dans le *tissu cellulaire rétro-péritonéal*;
- d) Sont *formées* dans une *fossette péritonéale préexistante normale*.

C'est ce dernier caractère qui nous permettra de créer, parmi les hernies rétro-péritonéales, les *variétés* suivantes, basées sur le siège de la fossette qui leur a donné naissance :

1. — **Hernie à travers l'hiatus de Winslow**, siégeant dans l'arrière-cavité des épiploons.
2. — **Hernies duodénales**, développées dans les fossettes de la région duodénale.
3. — **Hernies péricæcales**, développées dans les fossettes péricæcales.
4. — **Hernie intersigmoïde**, développée dans la fossette intersigmoïde.

Décrites comme des *anomalies* congénitales ou acquises du *péritoine*, avant Treitz, c'est cet auteur qui, dans un travail remarquable, cherche à

hernies internes bases épidémiologiques

.l'incertitude demeure sur la prévalence réelle des hernies internes surtout si on élimine les formes iatrogènes post chirurgicales

.parmi les chiffres souvent cités :

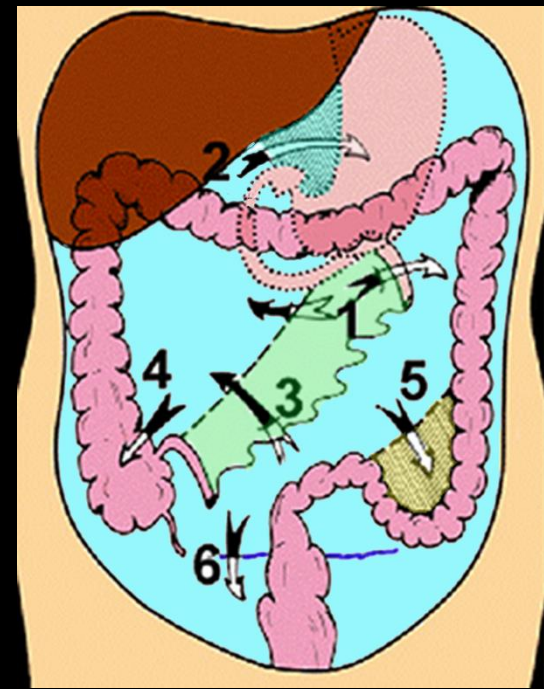
-la fréquence dans les séries autopsiques 0,2 à 2 %

- 0,2 à 5 % des tableaux d'occlusion aiguë du grêle avec strangulation vasculaire

- fréquence relative des différentes localisations

:

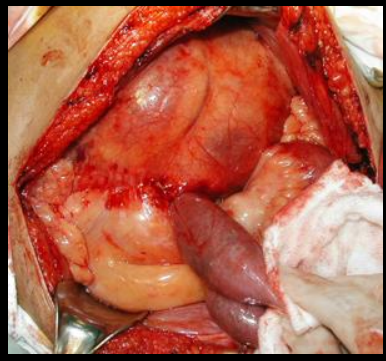
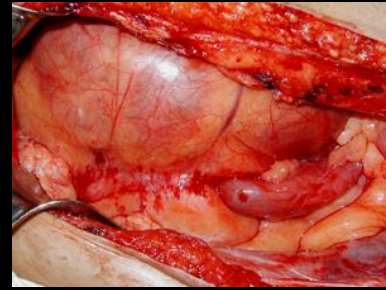
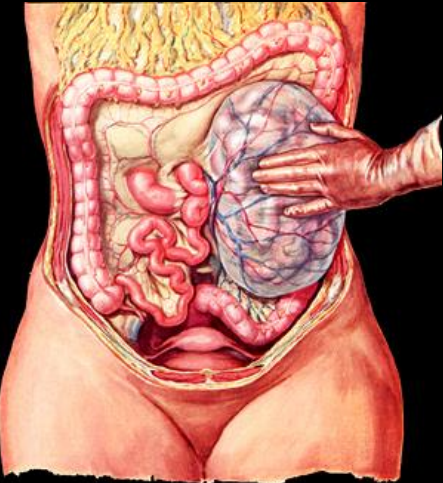
chiffres de Welch 1958



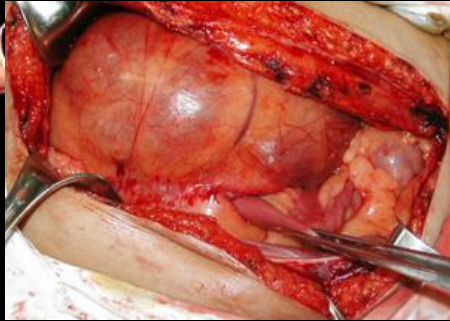
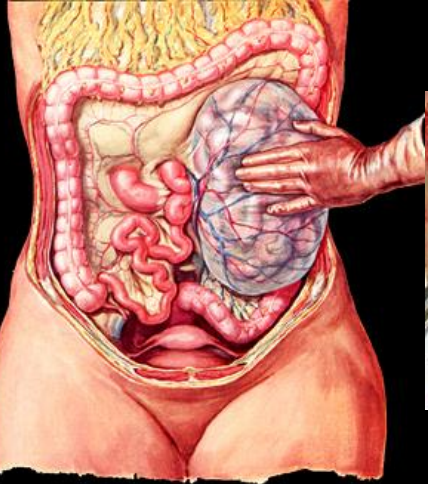
type de hernie	fréquence relative
paraduodénales	50 - 55 %
péritocaecales	10 - 15 %
transmésentériques	8 - 10 %
foramen de Winslow	6 - 10 %
intersigmoïdiennes	4 - 8 %
pelviennes	6 %
dont ligament large	4 - 5 %

hernies internes bases physiopathologiques et cliniques

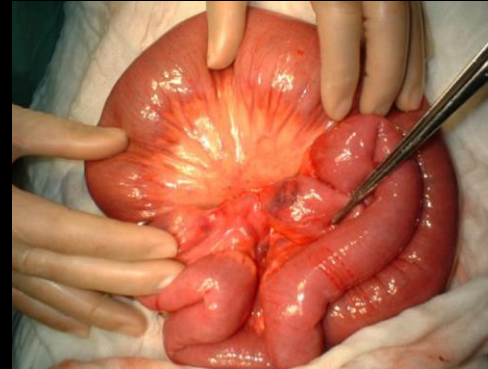
les hernies internes développées dans un orifice normal ou paranormal du péritoine



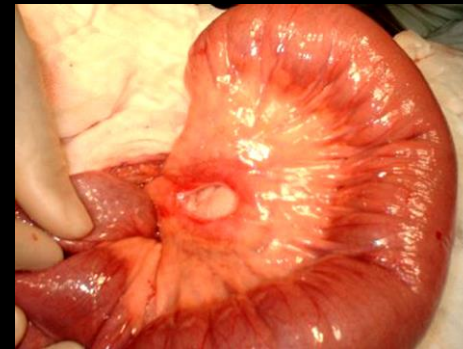
les hernies internes développées dans un orifice normal ou paranormal du péritoine



les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine



*hernie transmésentérique
obs. Dr IN. Phi ,Saigon*



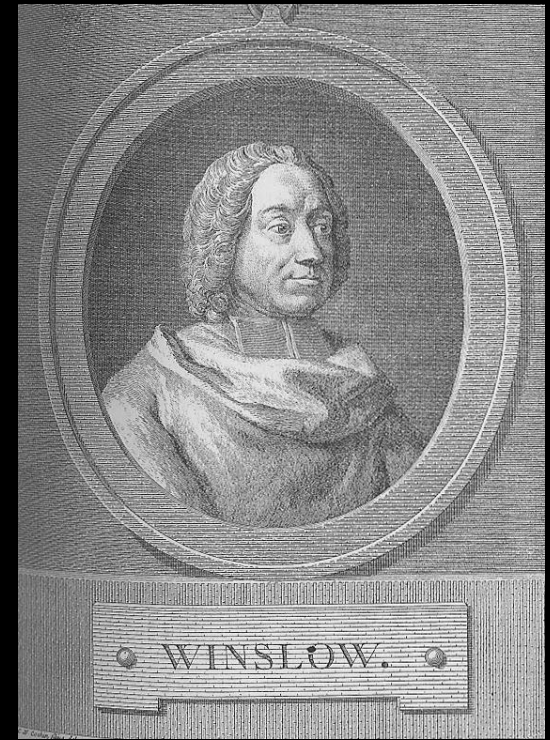
*hernie para duodénale antérieure gauche
obs. Dr IN. Phi ,Saigon*

les hernies internes développées dans un orifice normal ou paranormal du péritoine

les hernies du hiatus omental (de Winslow)

Jacques-Bénigne Winslow médecin français né à Ostende, élève de Alexis Littre à Paris

Hernie de Blandin ,



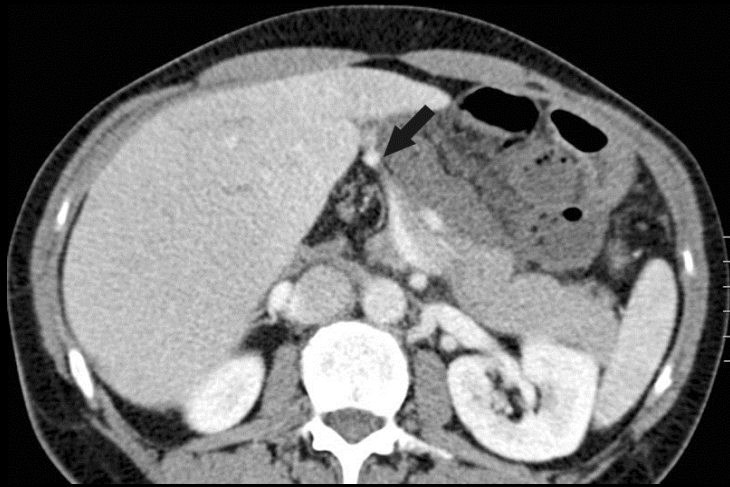
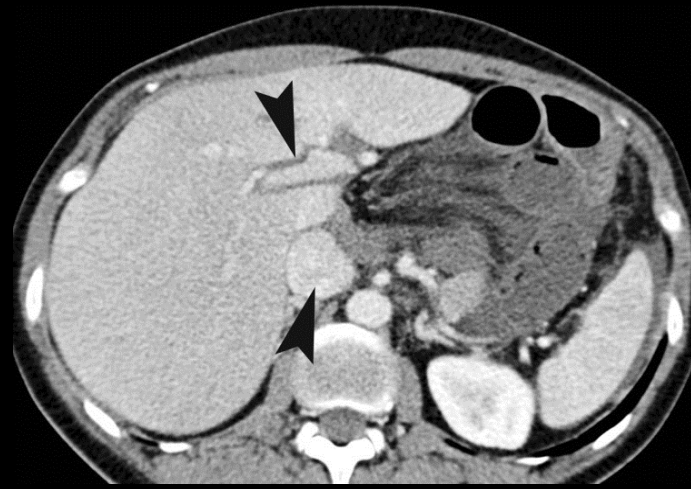
.les plus faciles à diagnostiquer au scanner:

-segment digestif hernié intercalé entre l'estomac et le lobe gauche du foie

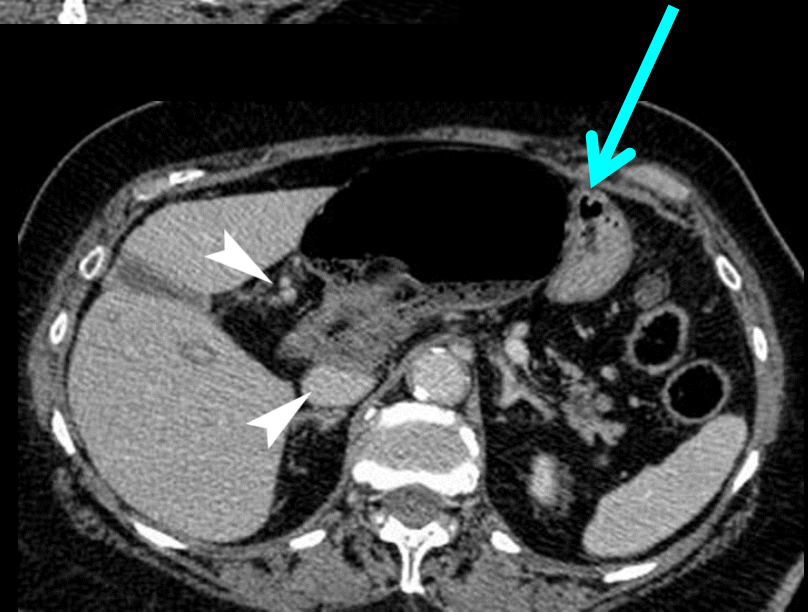
-**élargissement du hiatus de Winslow ++++**

-8 % de l'ensemble des hernies internes

type I : hernie isolée du grêle 2/3 des cas



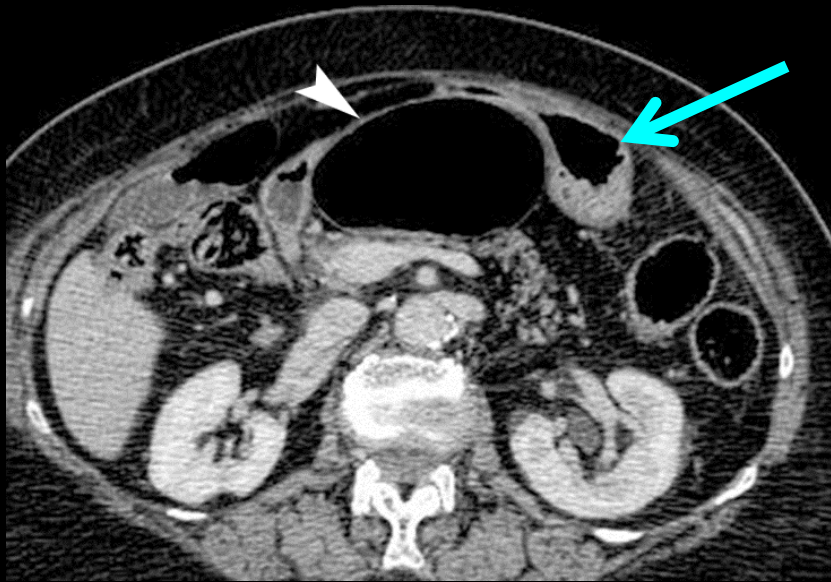
.le caecum est dans la FID ou
dans la région sous-hépatique



type II : hernie contenant le carrefour iléo-caecal
1/3 des cas

.le caecum est intercalé entre l'estomac et le lobe gauche du foie

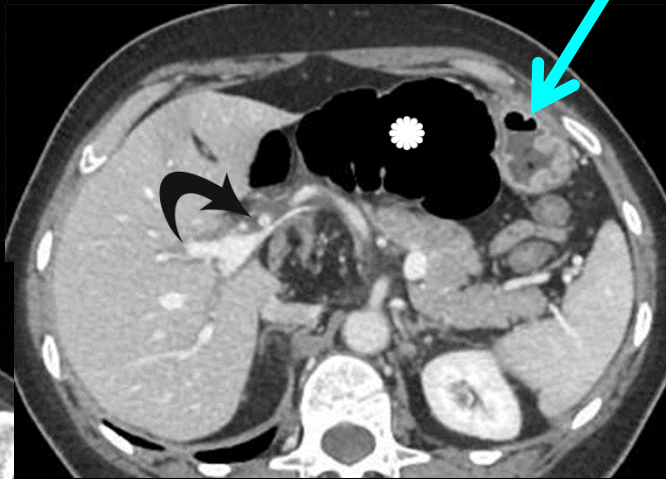
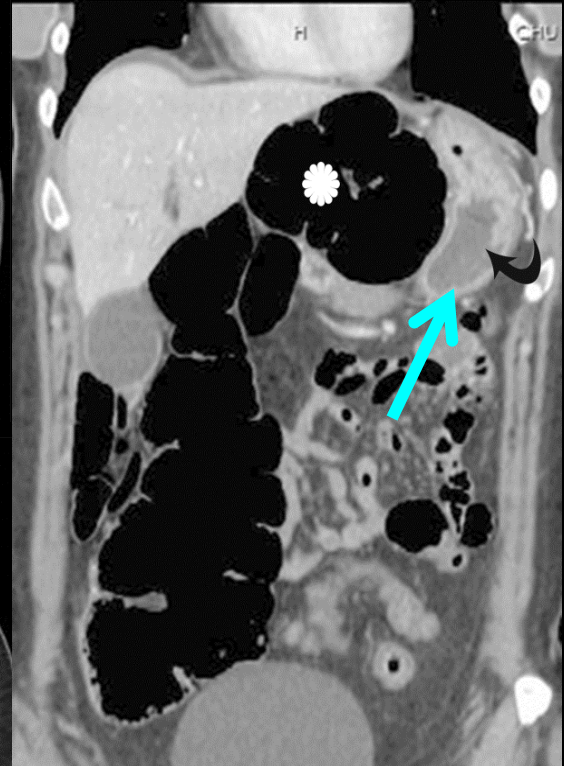
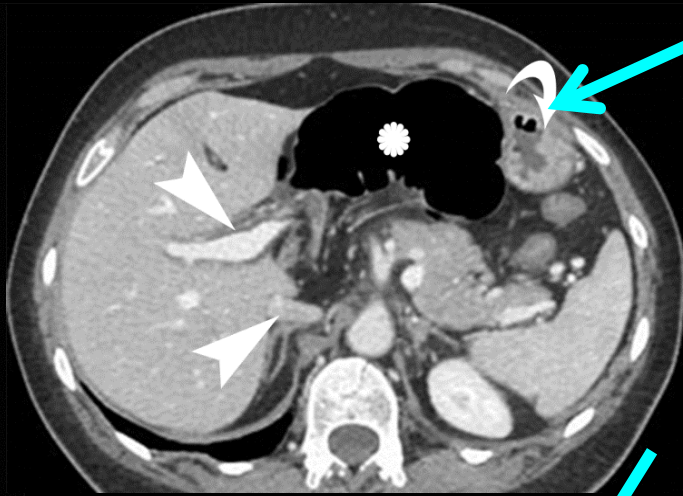
.ne pas confondre avec un volvulus méésentérico-axial du caecum (loop-type) dans lequel le caecum distendu est à gauche de la grosse tubérosité gastrique



.la FID est déshabillée par le caeco-ascendant qui est dans la cavité omentale

la reconstruction dans l'axe de la VMS est très explicite

.identifiez toujours l'estomac dans les images de distension des structures intestinales de l'étage sus-mésocolique



type III: hernie contenant un segment du colon transverse

-le carrefour iléo caecal, le colon ascendant et l'angle droit sont en place

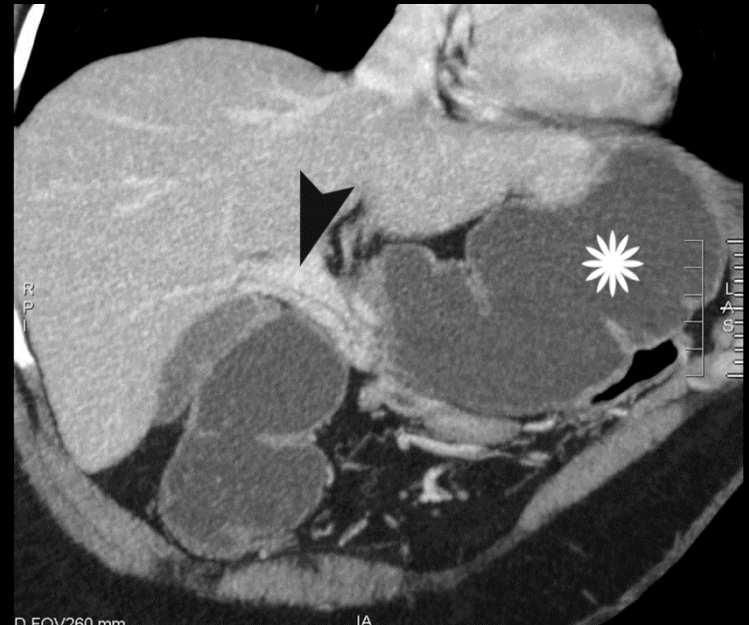
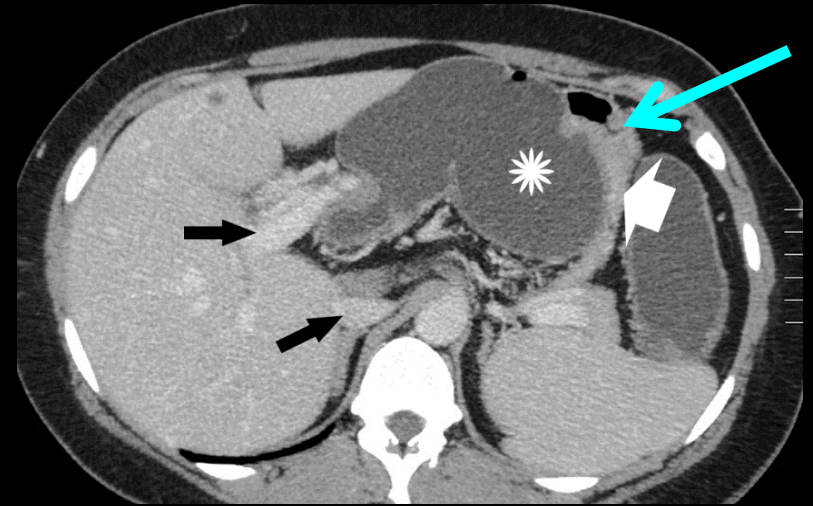
-le contenu herniaire, dans la cavité omentale, correspond à la partie droite du colon transverse

un type IV : hernie du hiatus de Winslow contenant la vésicule biliaire, éventuellement volvulée, a été décrit
-pas d'image CT publiée

.la compression aiguë de l'axe portal pourrait être à l'origine d'hypoglycémies dues au passage d'insuline dans la circulation générale

-le traitement caelioscopique est facile lorsque l'étranglement est peu serré rendant la réduction simple

-la prophylaxie des récurrences consiste à fixer le colon droit à la paroi mais la fermeture du hiatus est déconseillée (risque de plaie vasculaire et de thrombose portale)



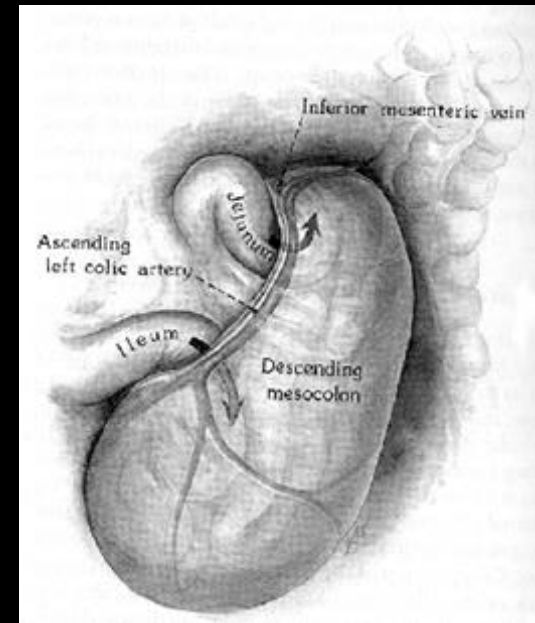
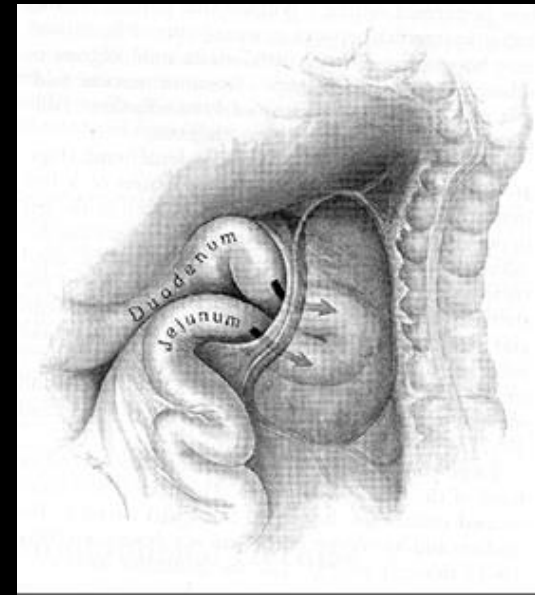
les hernies internes développées dans un orifice normal ou paranormal du péritoine

les hernies paraduodénales

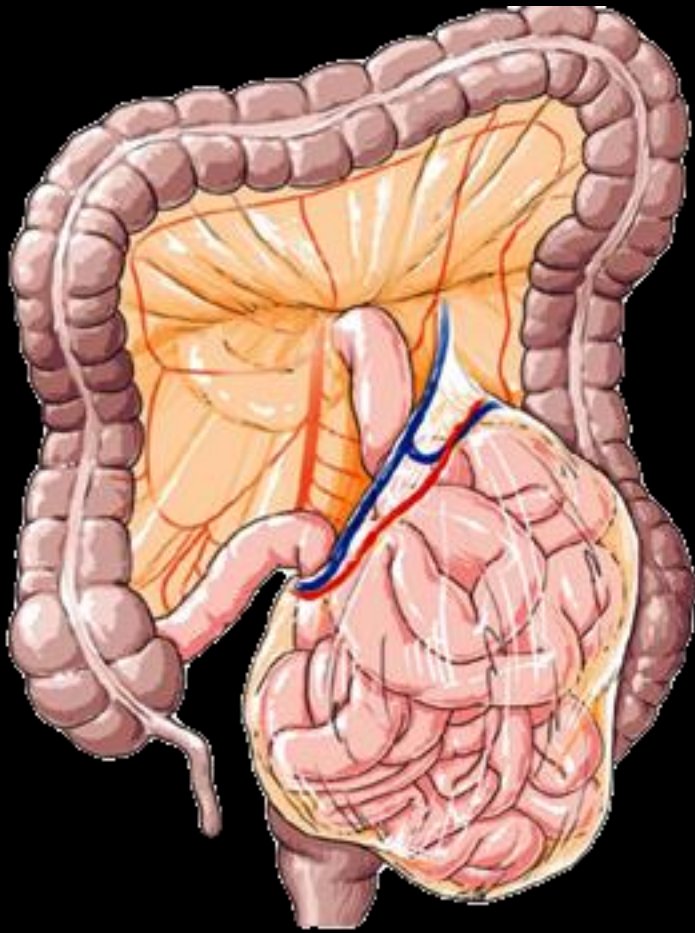
.sont classiquement les plus fréquentes, représentant à elles seules 50 % de l'ensemble des hernies internes ,elles sont situées à gauche dans 4 cas sur 5 ...

-la **théorie mécanique** (Treitz, Jonnesco) qui suggère que la hernie paraduodénale gauche se développe à partir de défauts d'accolement du duodénum (fossette de Landzert) est de moins en moins admise en milieu chirurgical

-la **théorie embryologique** (Andrew, Calender, Dott) est admise par la majorité des auteurs . Un défaut de réintégration de la partie proximale de l'anse intestinale primitive aboutirait à son piègeage en arrière du mésocolon gauche.



les hernies paraduodénales gauches

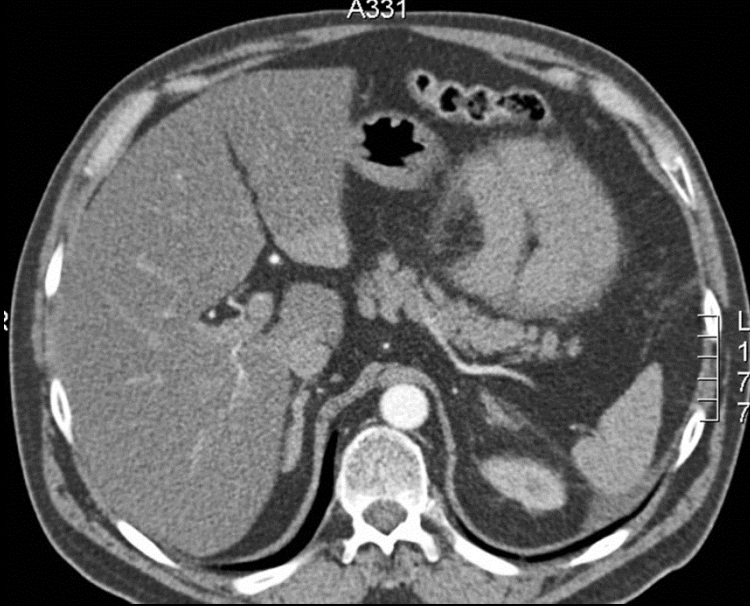


-les repères vasculaires (veine mésentérique inférieure++ et artère colique supérieure gauche) gardent leur valeur diagnostique. Leur mise en évidence scanographique reste souvent délicate

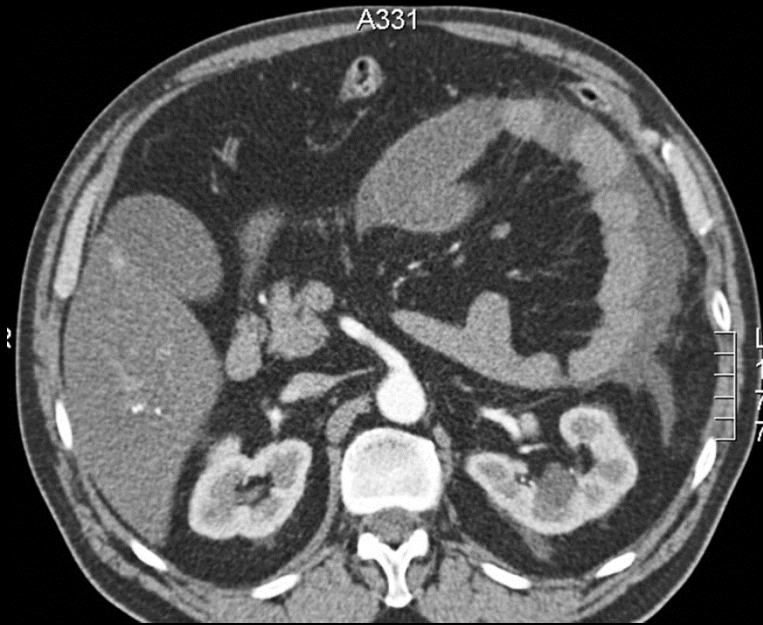
-ne pas oublier que ces axes vasculaires sont déplacés vers la droite



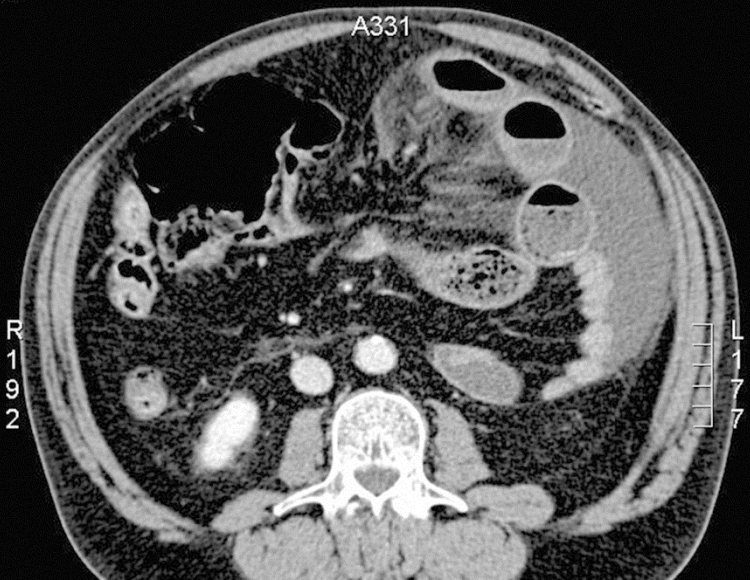
A331



A331

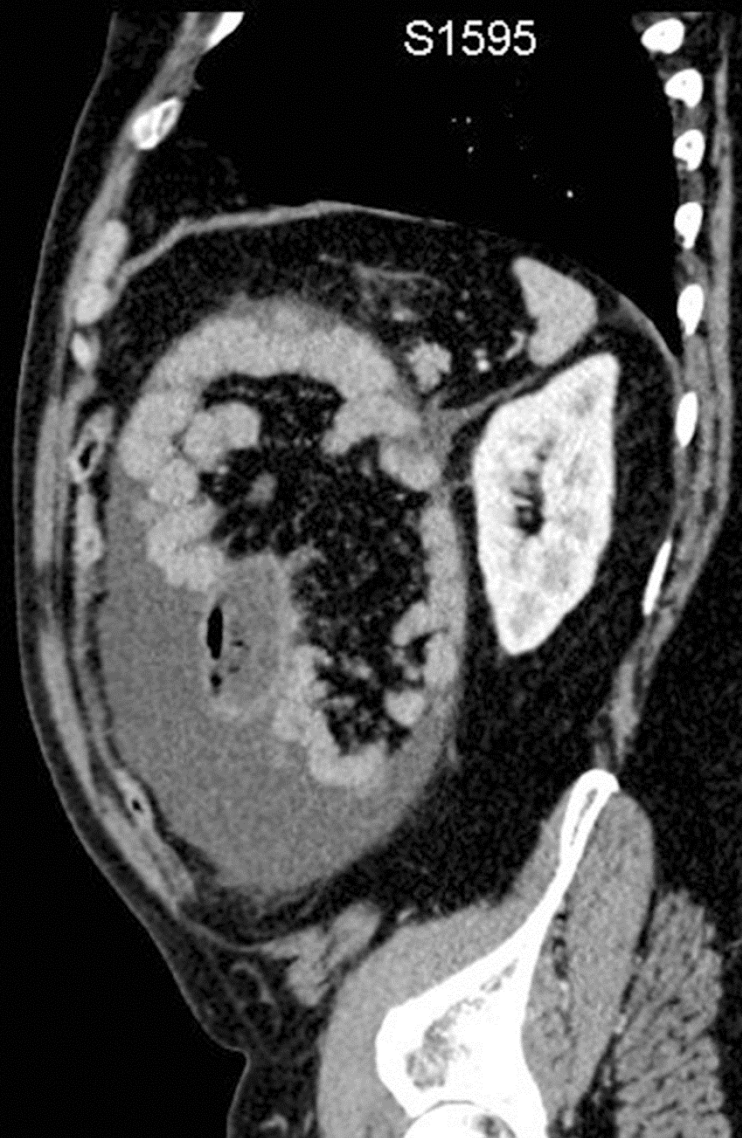
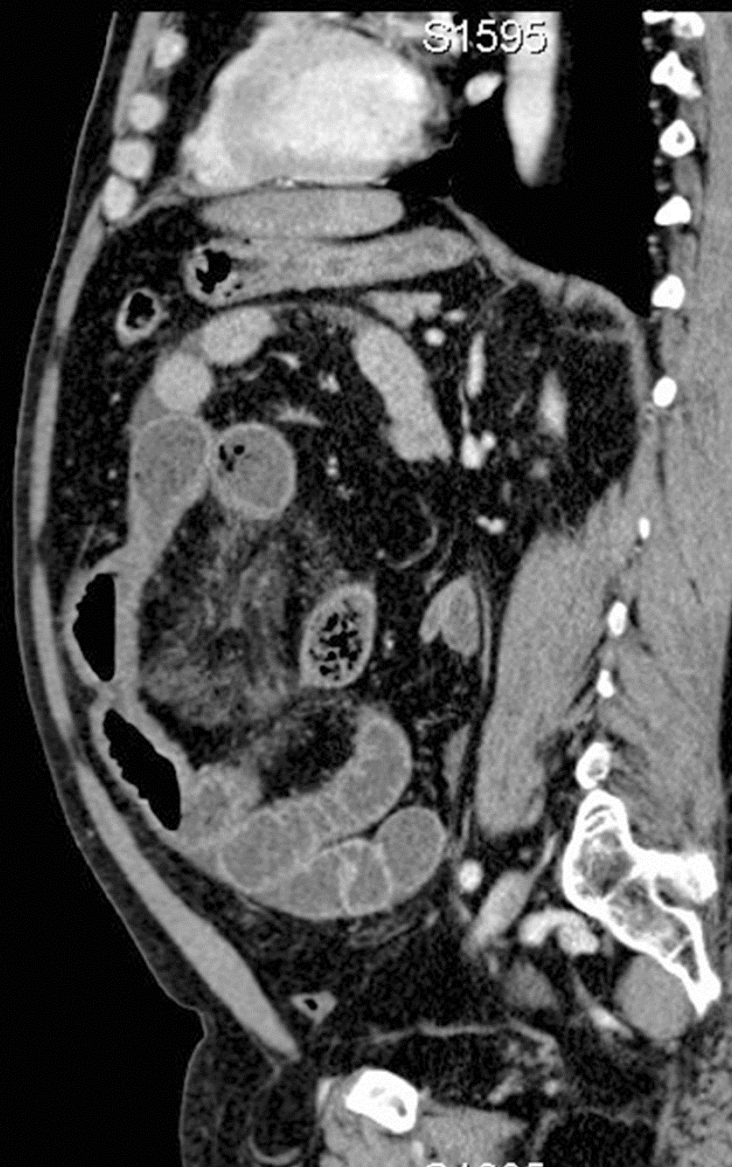


A331

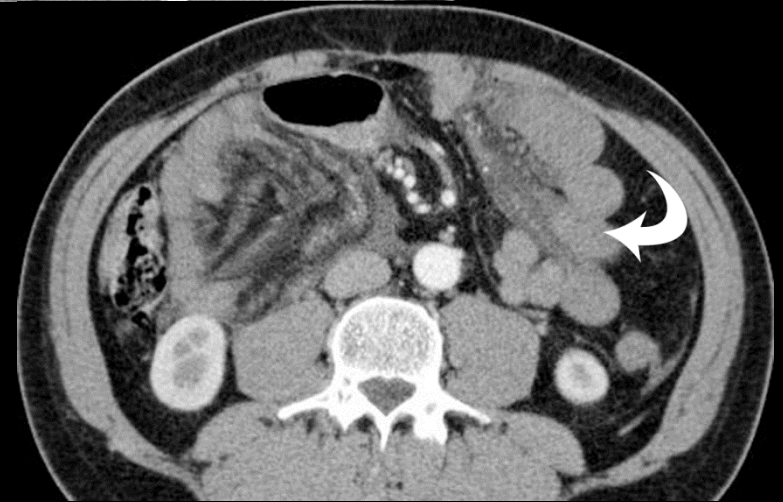
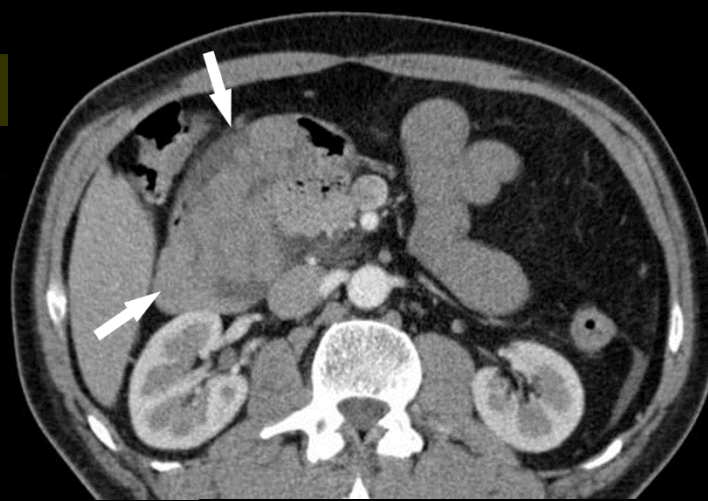
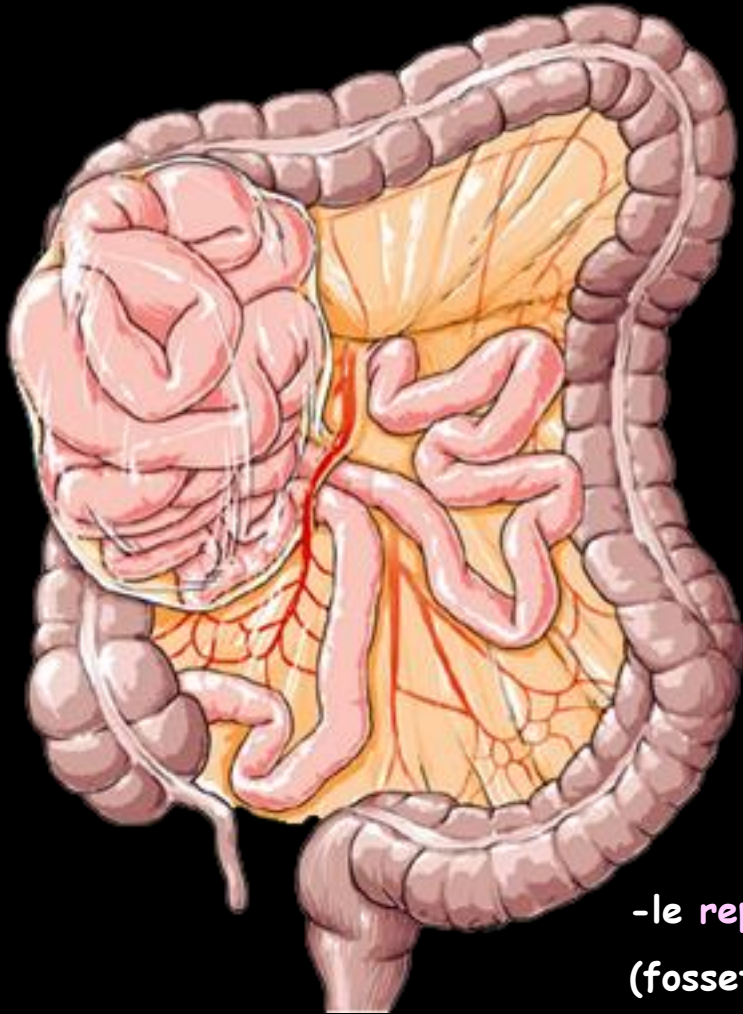


A331



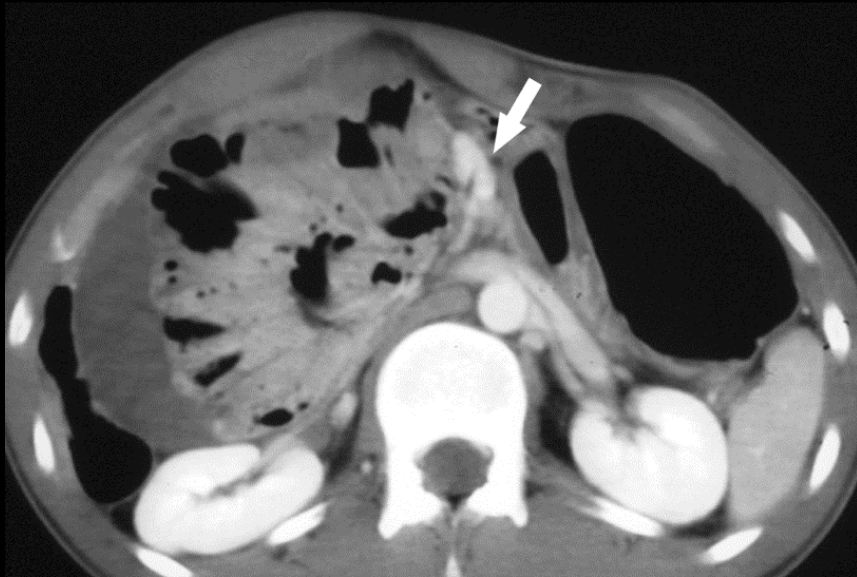
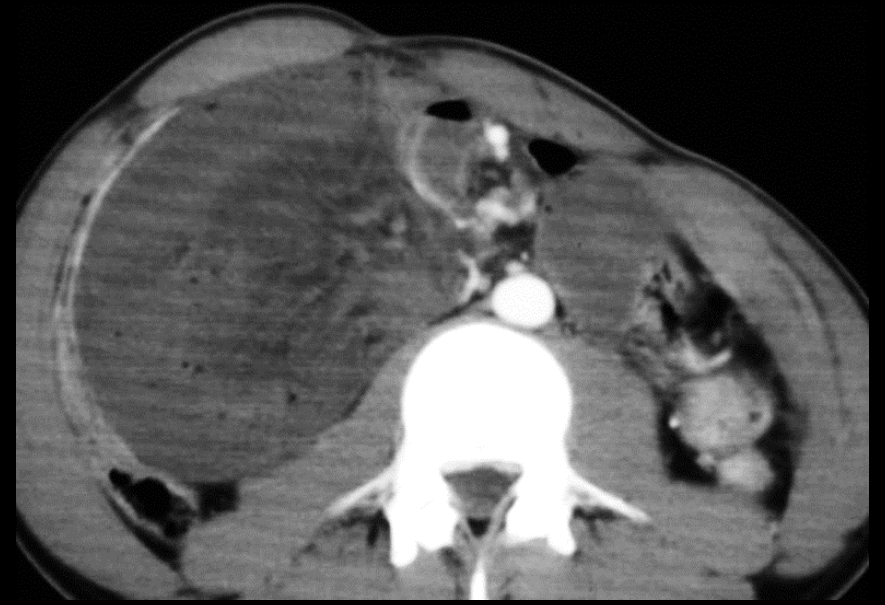


les hernies paraduodénales droites



- le repère vasculaire est l'artère mésentérique supérieure (fossette de Waldeyer) , déplacée en avant et à droite
- élargissement de la pince aorto-mésentérique
- fréquente absence de D2 et D3

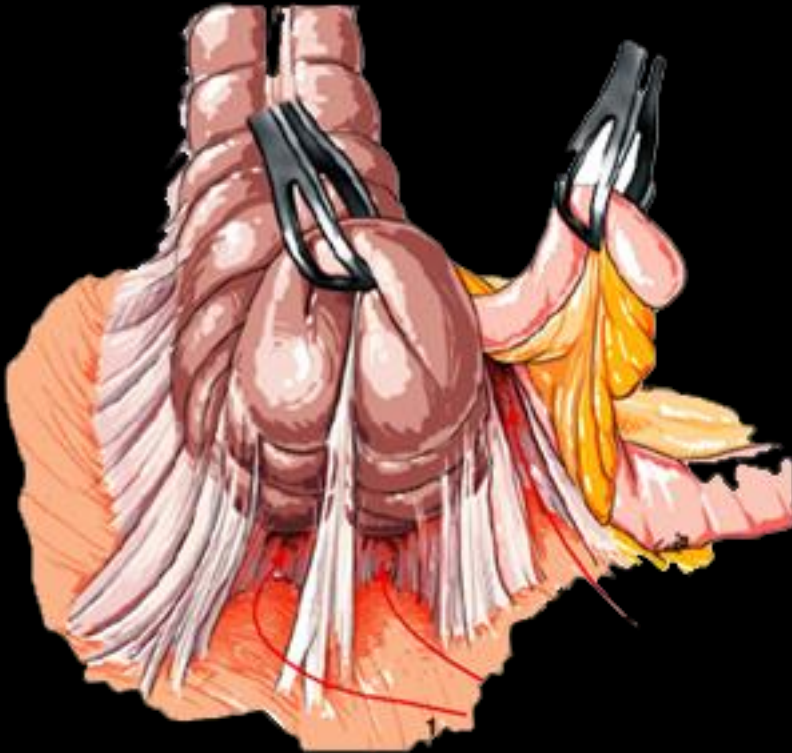




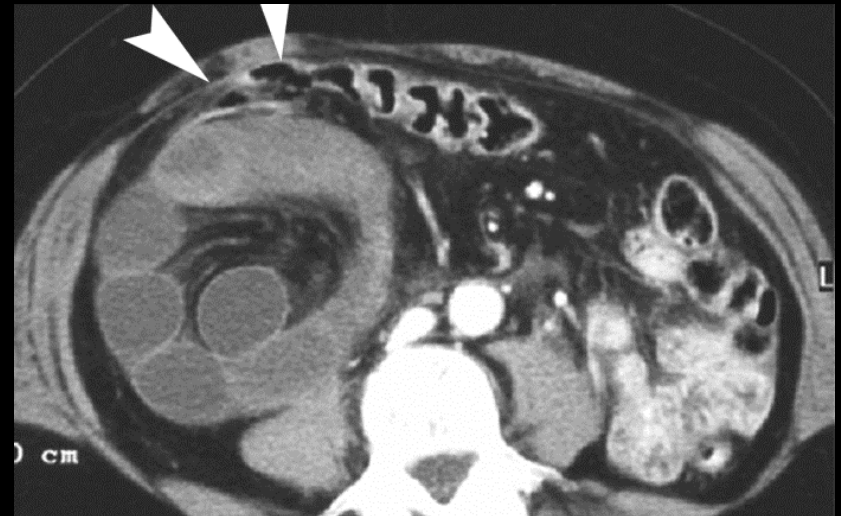
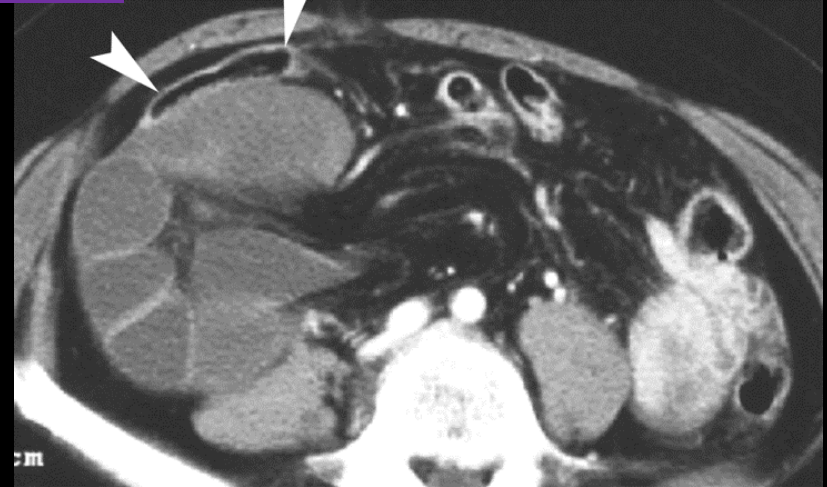
-hernie paraduodénale droite étranglée
chez un enfant de 10 ans

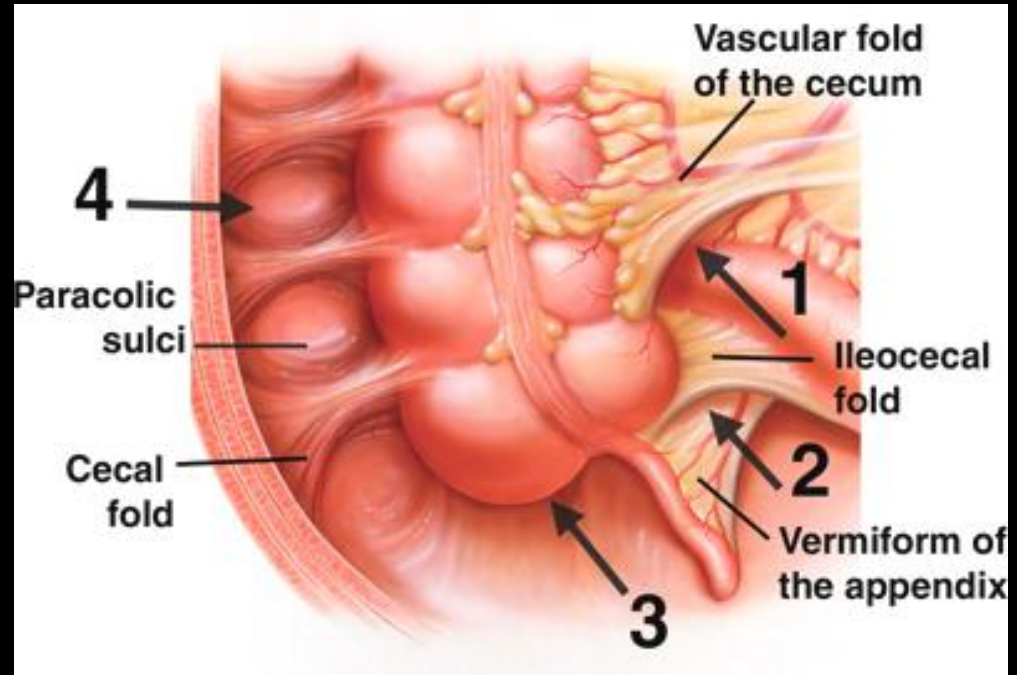
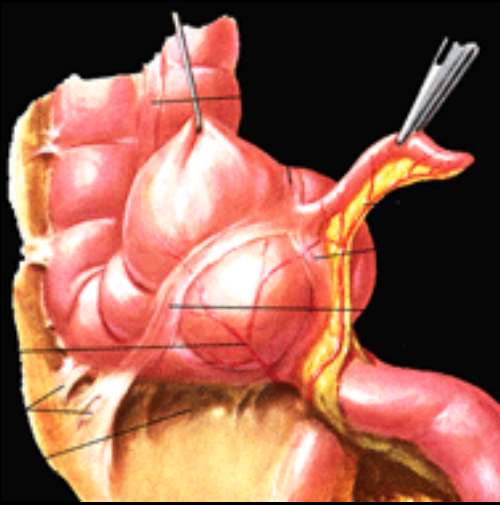
les hernies internes développées dans un orifice normal ou paranormal du péritoine

les hernies péricæcales

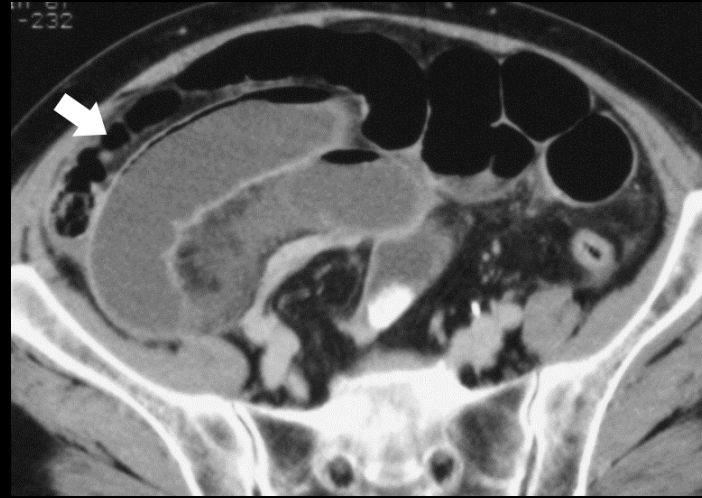


- hernie de Rieux
- 13 % de l'ensemble des hernies internes
- le caecum participe à la constitution du sac
- hernie rétro-caecale (du récessus rétro-caecal)

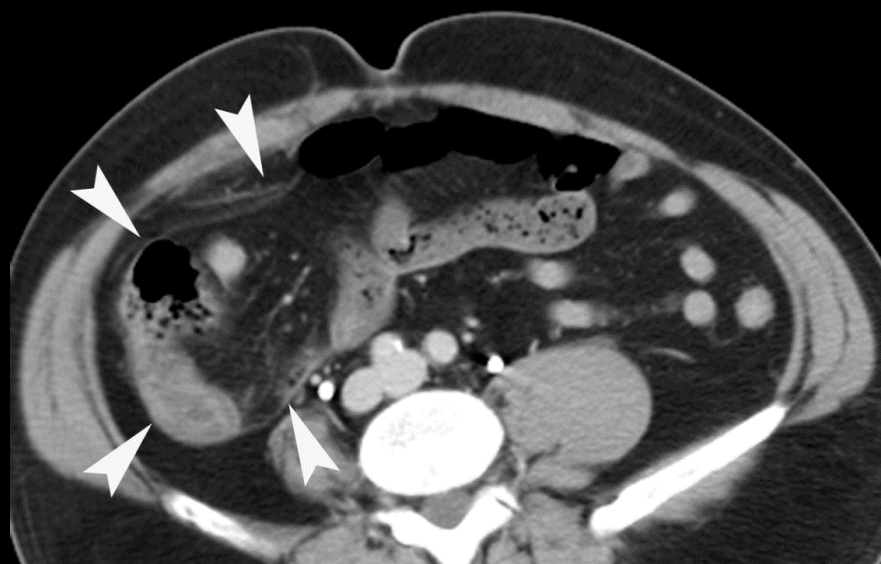
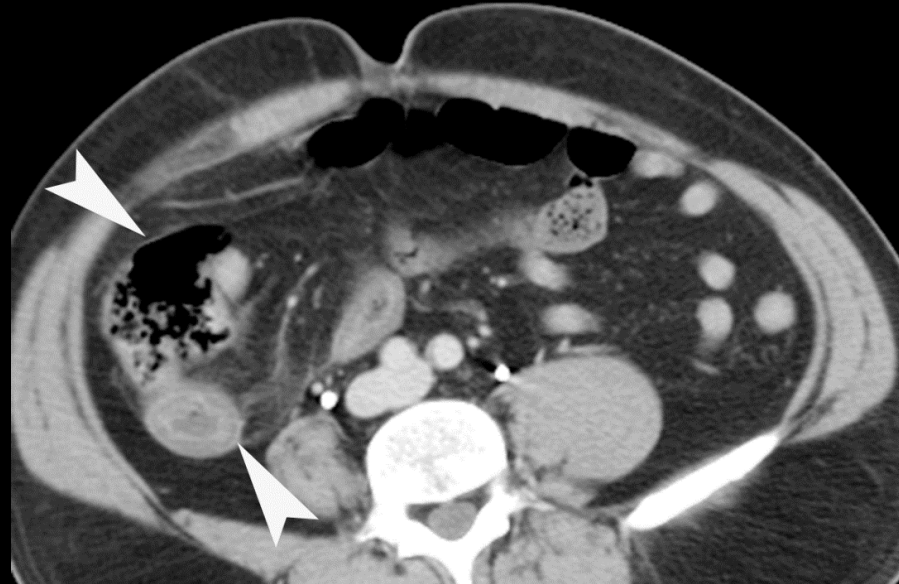
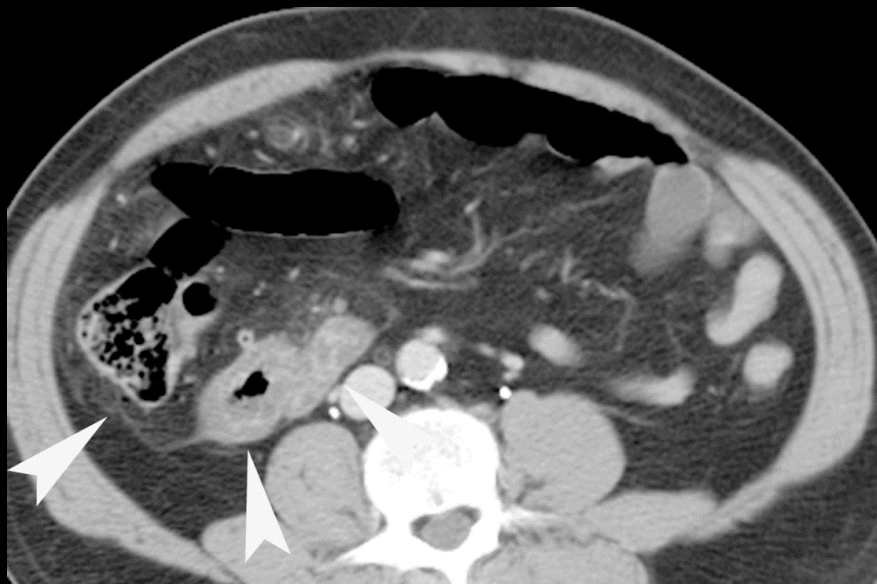




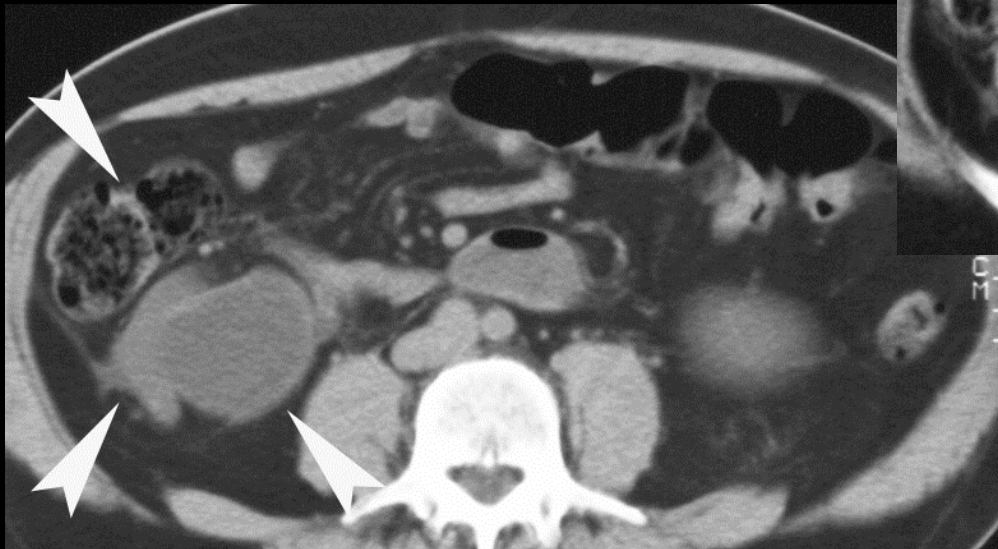
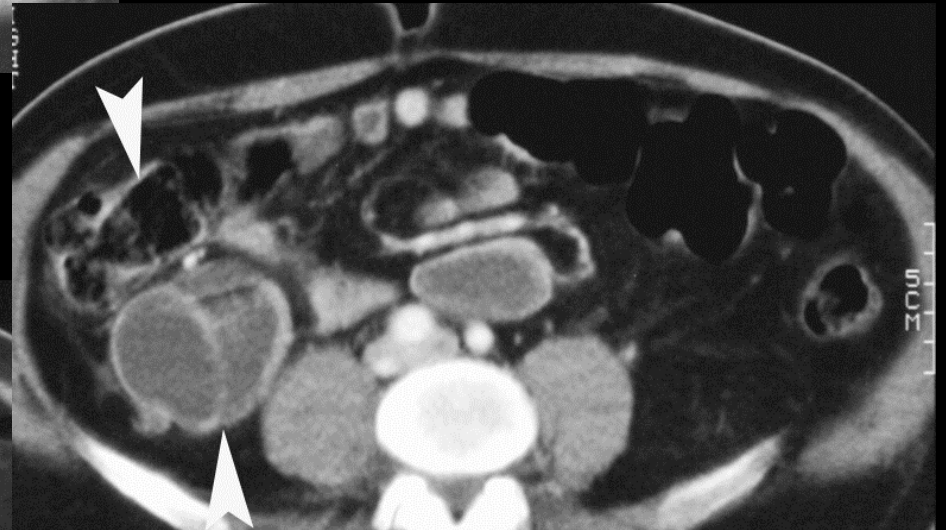
- récessus iléo-caecal supérieur, en arrière du mésocolon caecal
- récessus iléo-caecal inférieur, en arrière du mésentère de l'iléon terminal
- récessus rétro-caecal, le plus volumineux
- récessus ou sillons paracoliques



**hernie rétro-caecale ou
rétro-caeco-colique**



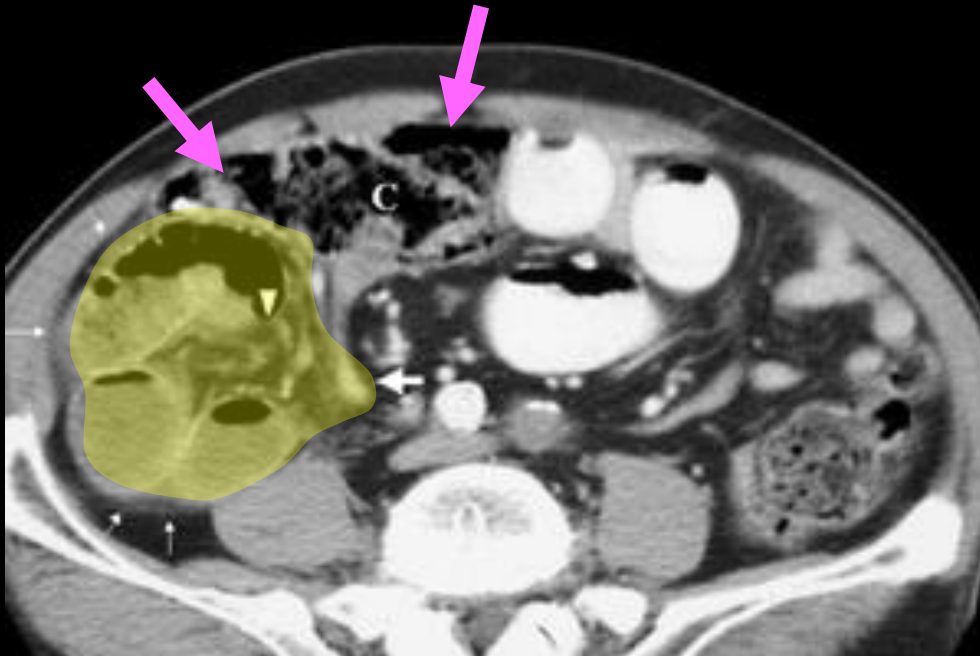
hernie rétro-caecale



**hernie rétro-caecale
ou rétrocaeco-colique**

Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction: CT findings in 11 adult patients
R ZISSIN,, M HERTZ,, G GAYER,, H PARAN, A OSADCHY.
Brit J Radiol 2005,78,796-802

homme 76ans



hernie para caecale externe

anses distendues dans un sac
sphérique rétro-caecal

le caecum est refoulé en avant et
en dedans; étiré sur la paroi
antéro-interne du sac

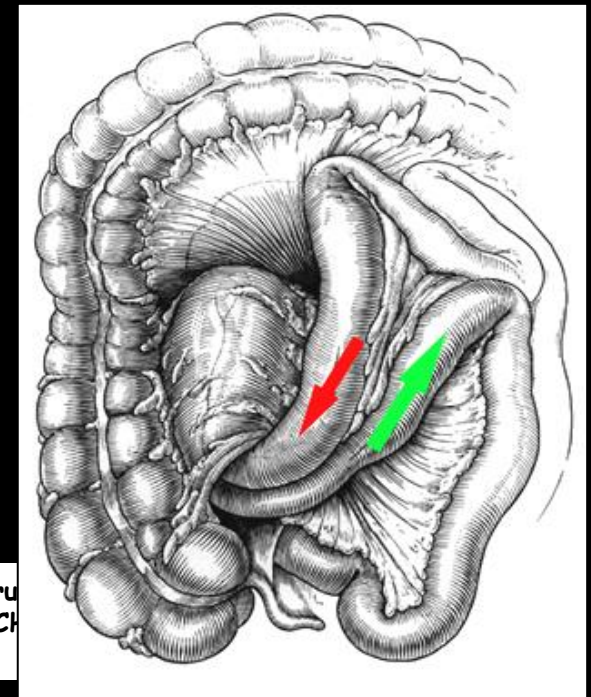


anses distendues en disposition radiaire , l'aspect "enclos dans un sac "n'est pas évident

le point de convergence des feuillets mésentériques se situe dans la FID

Le caecum est refoulé vers l'arrière et en dehors avec un effet de masse sur son bord antéro médial

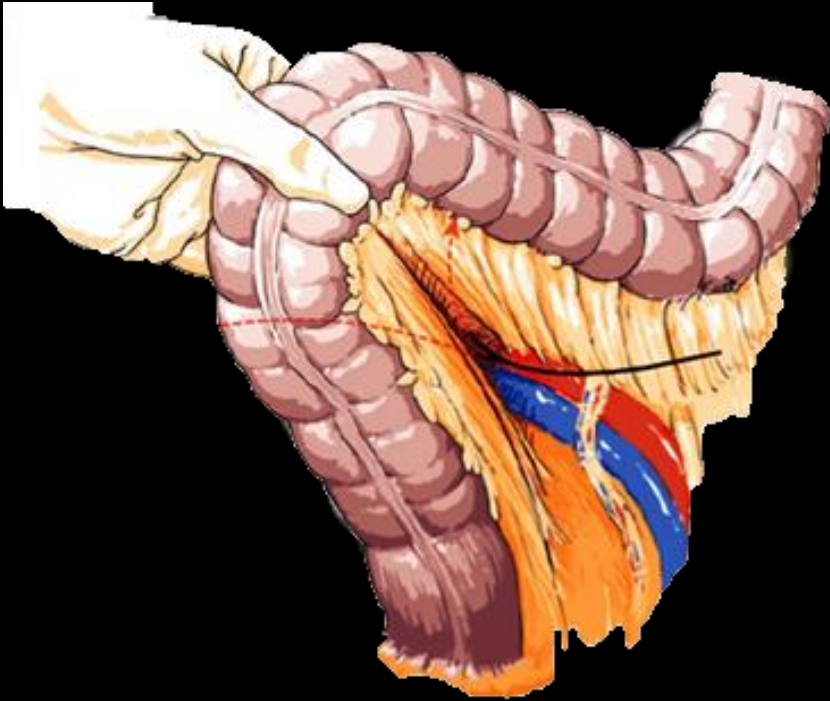
hernie para caecale interne ou rétro-iléo-caecale



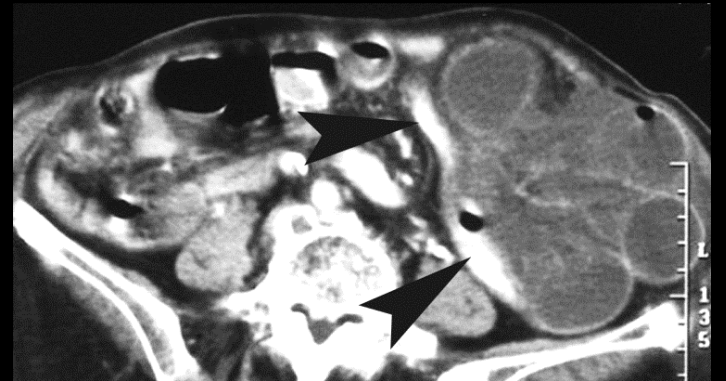
Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction
 R ZISSIN,, M HERTZ,, G GAYER,, H PARAN, A OSADCH
 Brit J Radiol 2005,78,796-802

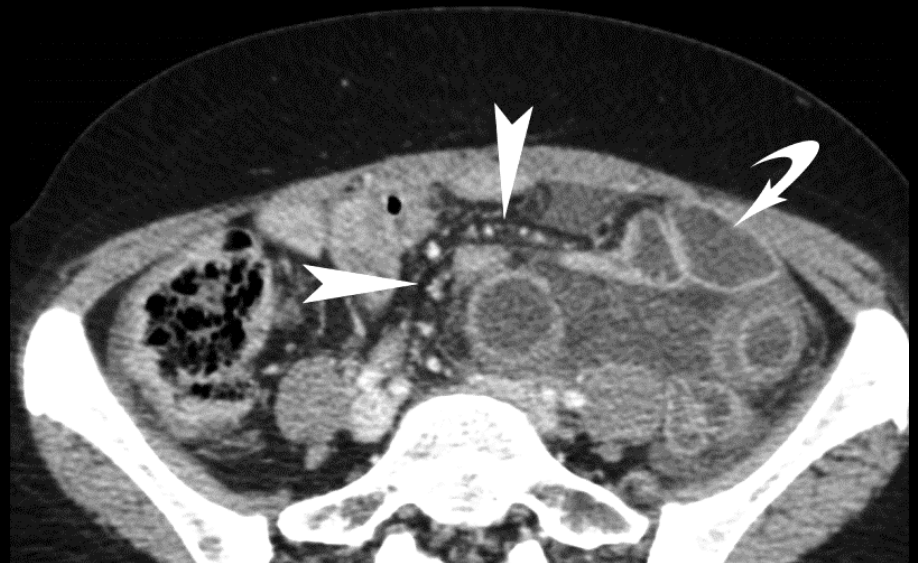
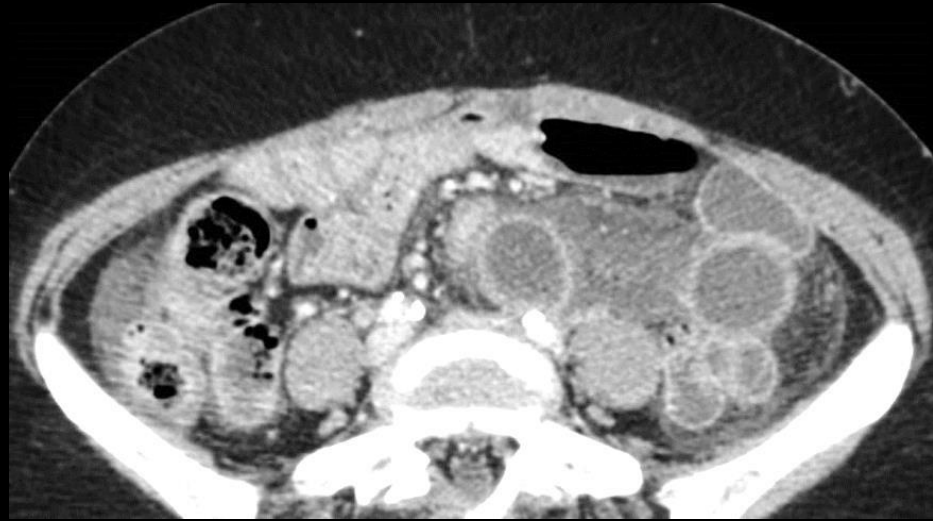
les hernies internes développées dans un orifice normal ou paranormal du péritoine

les hernies intersigmoïdiennes



le sommet de la fossette intersigmoïdienne se situe à proximité de l'artère iliaque primitive gauche

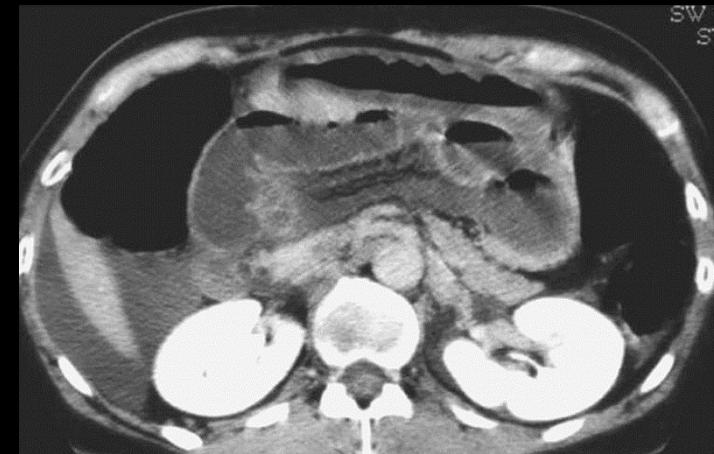
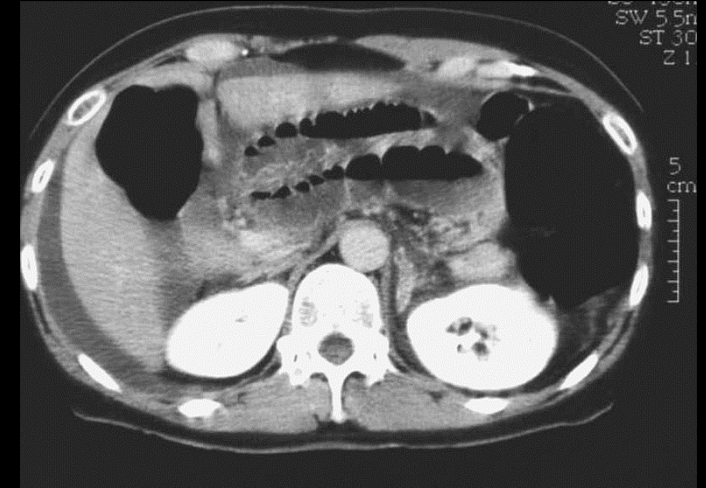
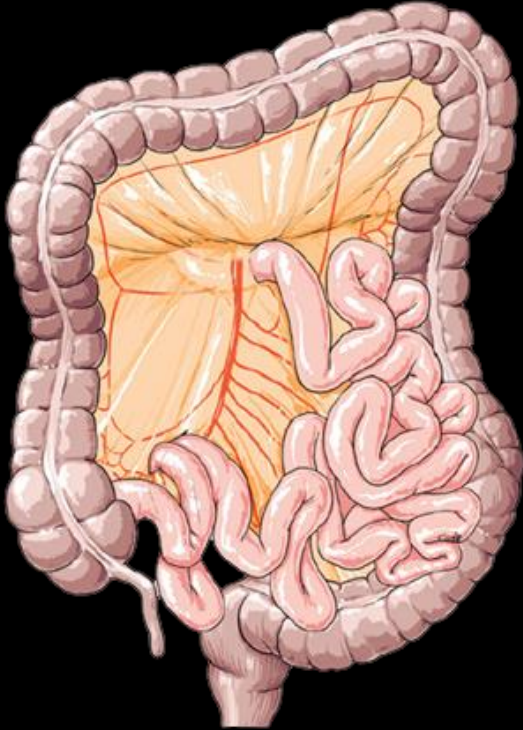




la hernie intersigmoïdienne se développe en position latéro-rachidienne gauche et en situation rétropéritonéale

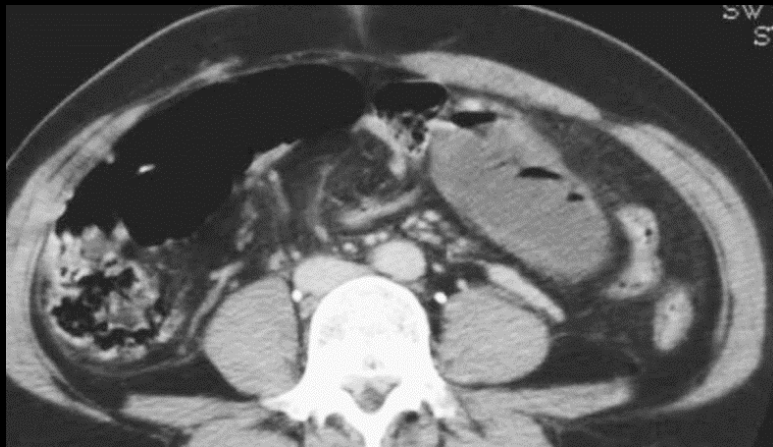
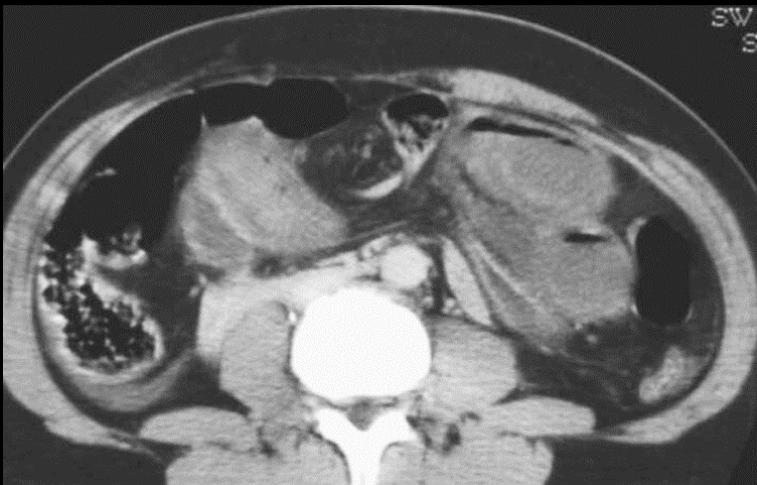
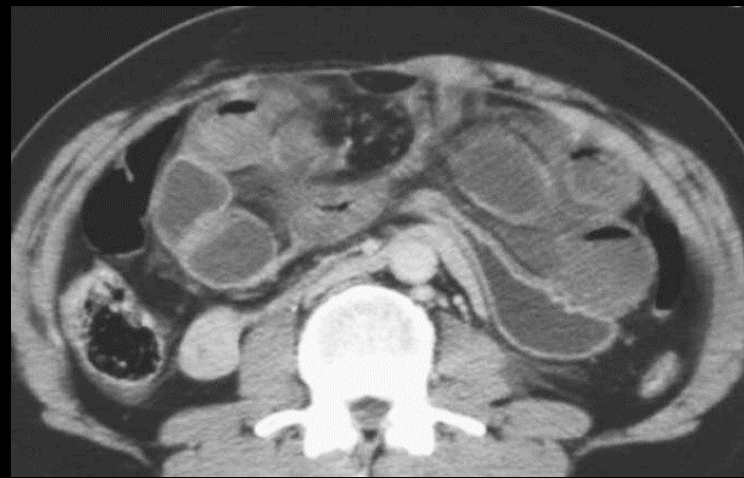
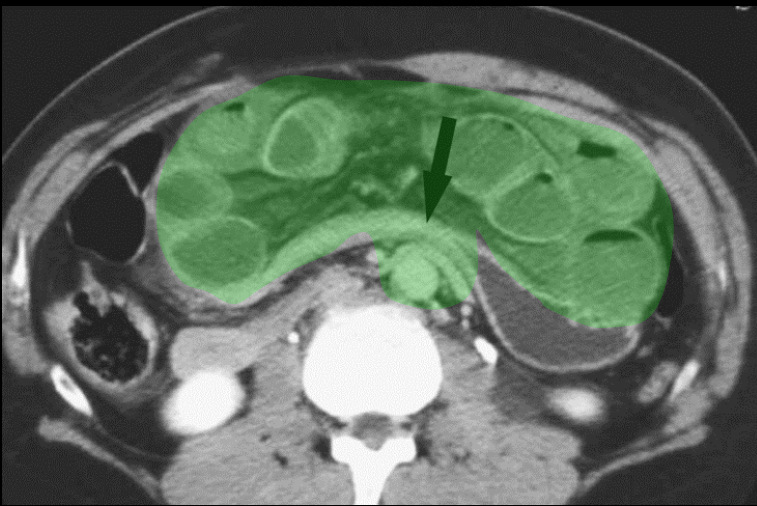
les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine

les hernies transmésentériques



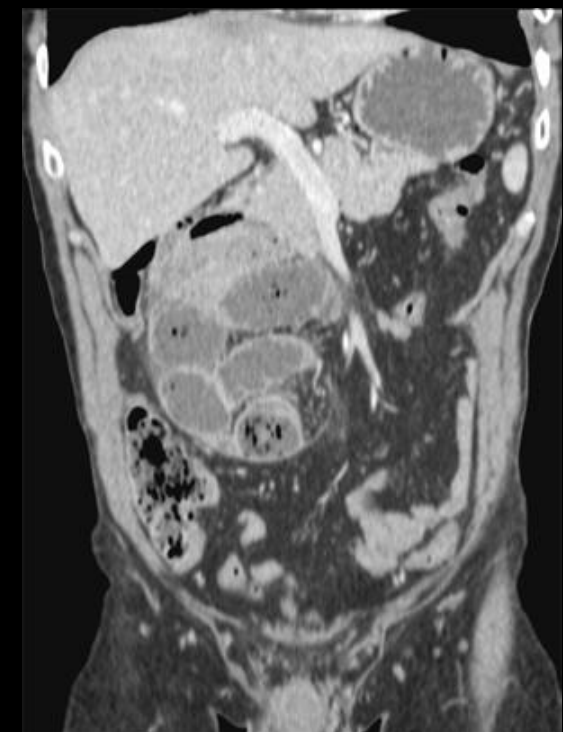
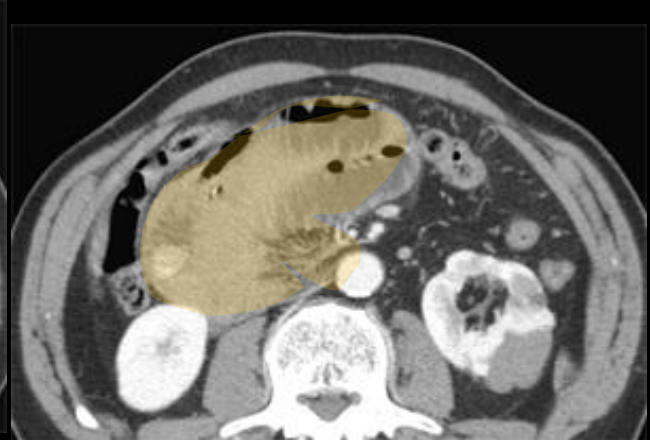
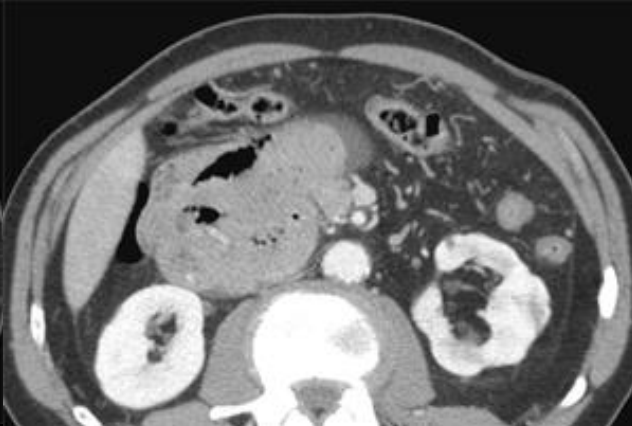
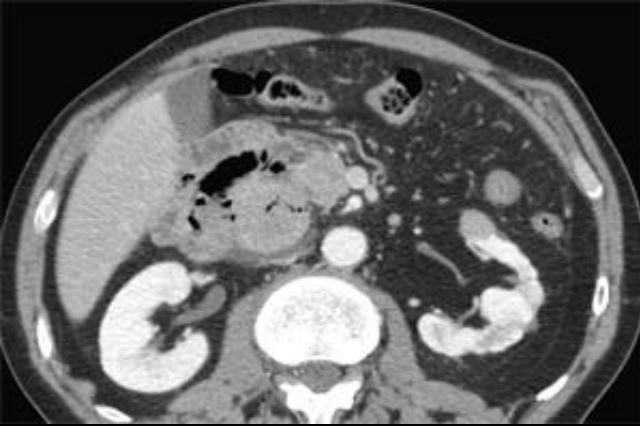
35% chez l'enfant; à évoquer devant toute ischémie aiguë

défect dans l'aire avasculaire de Trèves (FID), de petite taille (2 à 5 cm)

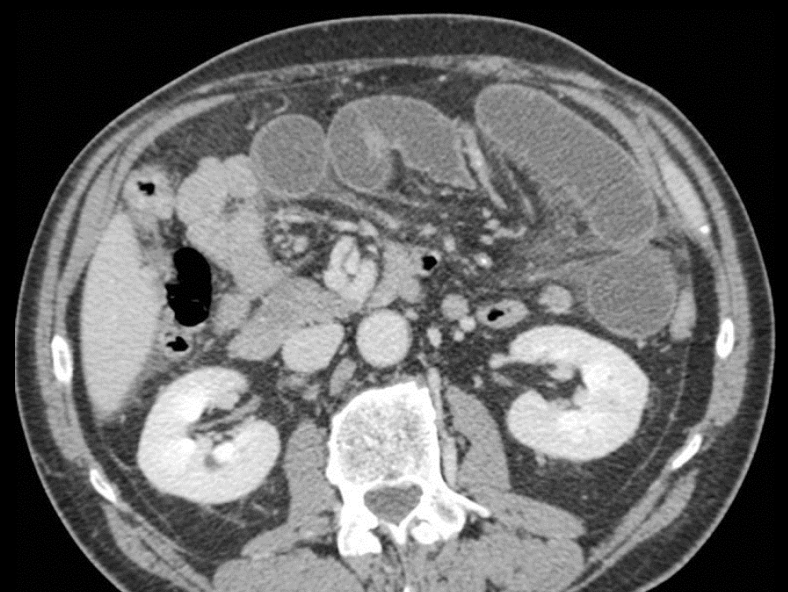
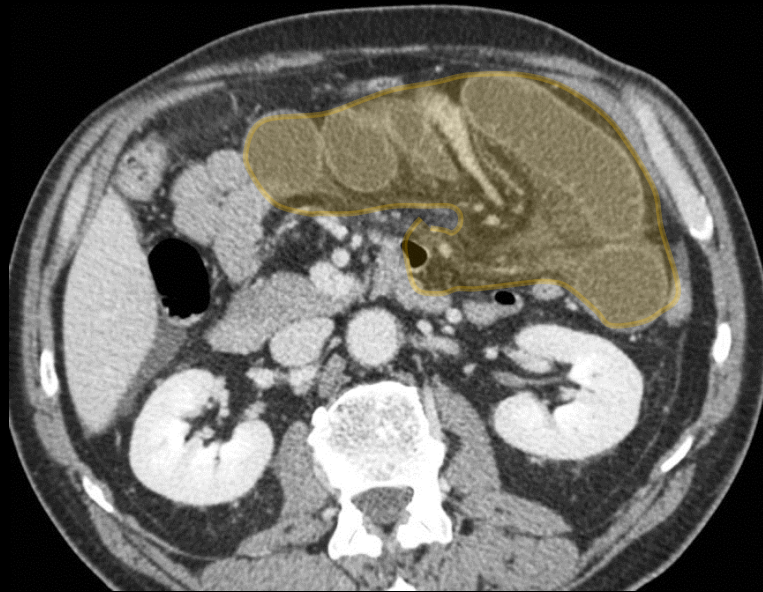
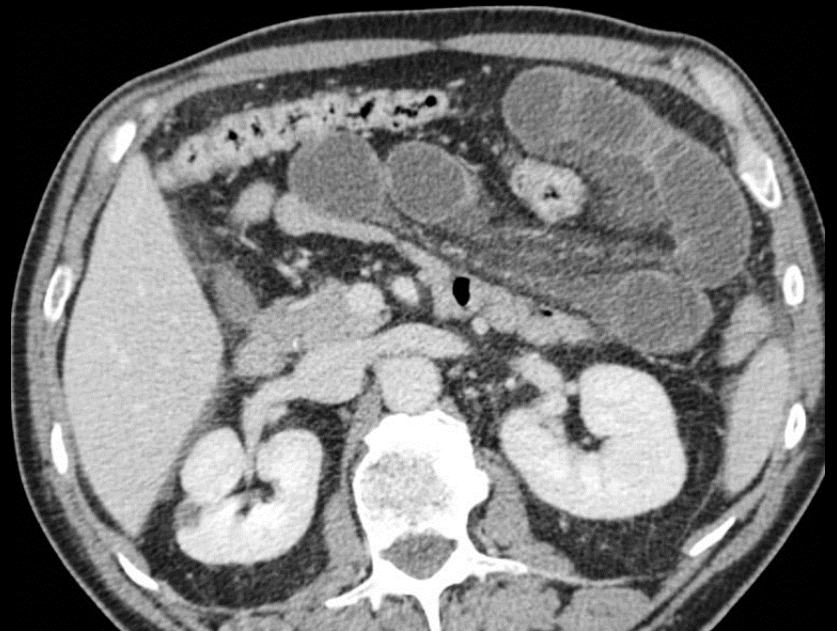


-les anses distendues siègent à la partie haute de l'abdomen, **au contact de la paroi abdominale antérieure +++**mais il n'y a pas de structure grasseuse en avant (diag diff avec hernie paraduodénale gauche

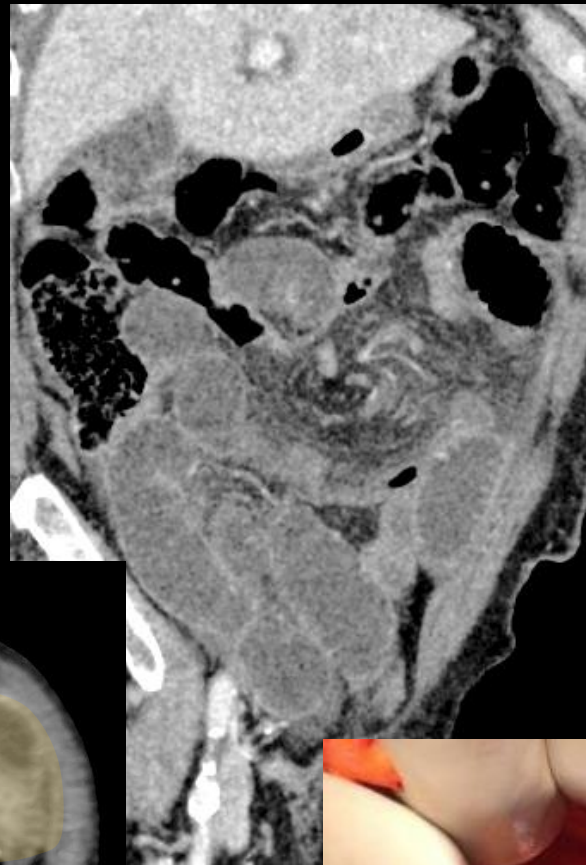
-l'**aspect global "en champignon"** , le pied correspondant au pédicule mésentérique et le chapeau aux anses dilatées en situation haute est un élément pour le diagnostic différentiel avec un

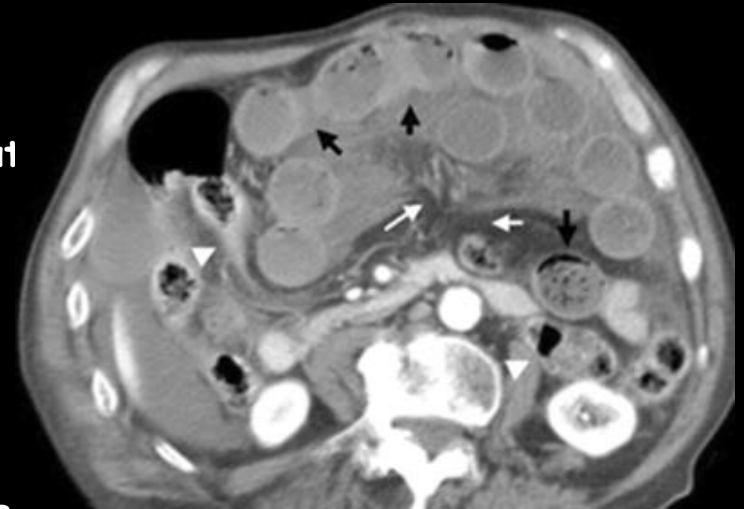
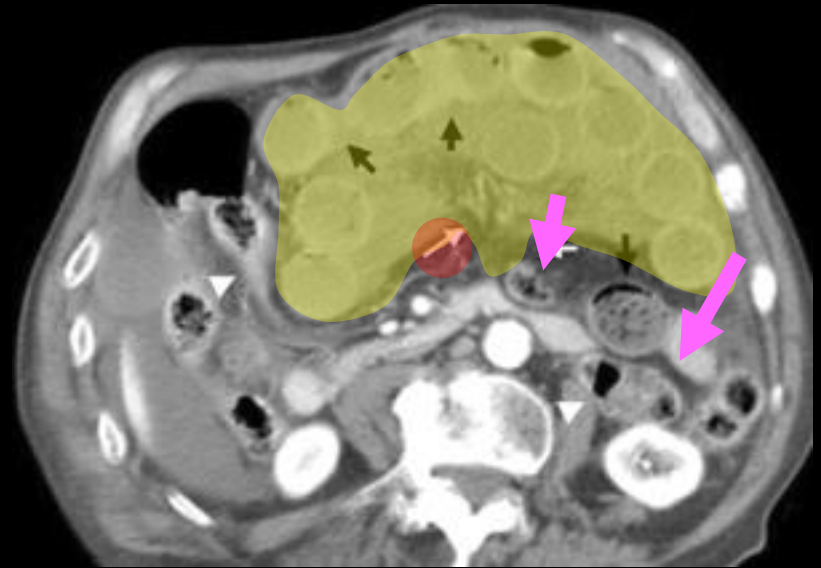
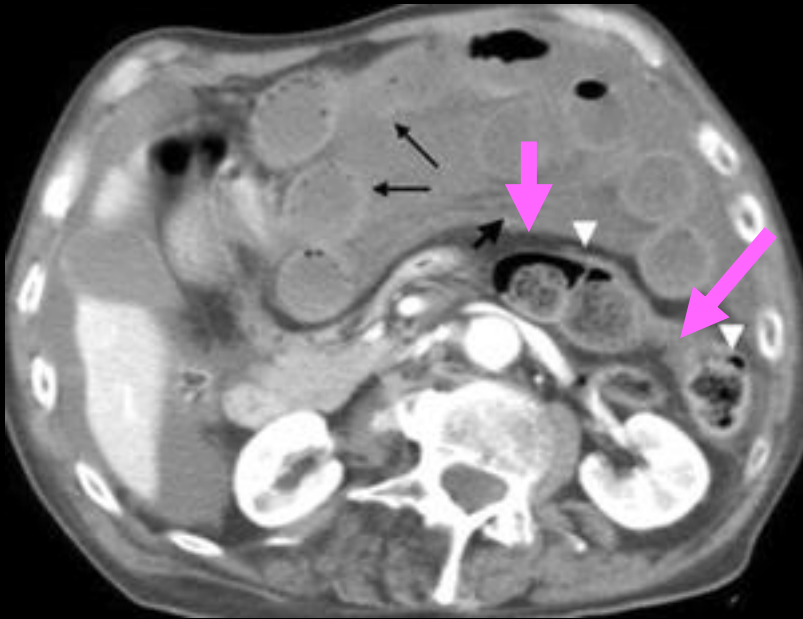


- hernie transmésentérique; **aspect "en champignon" des anses herniées** en position haute
- le grand omentum est bien visible en avant des anses distendues
- le déplacement vers l'arrière et la région médiane du colon transverse** est un autre élément sémiologique de valeur









anses distendues en disposition radiaire , en situation très antérieure (sans interposition de graisse omentale) et haut formant le chapeau du champignon

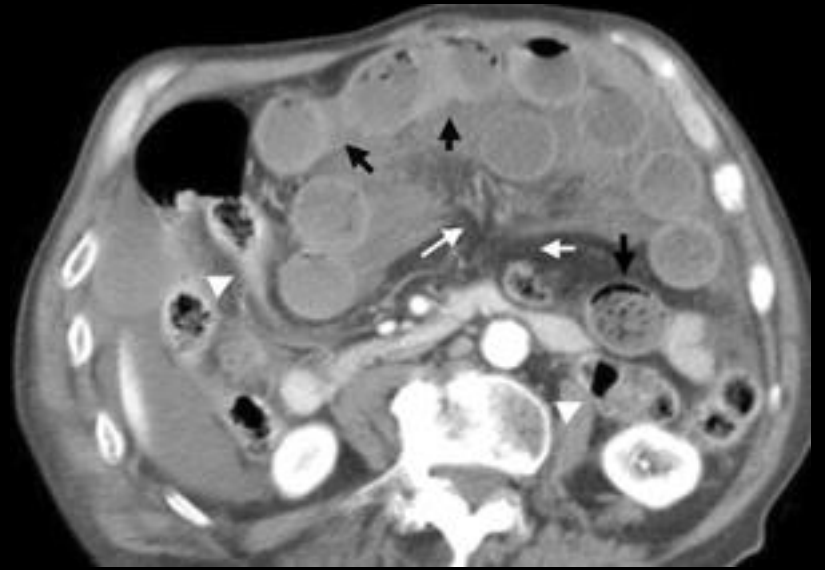
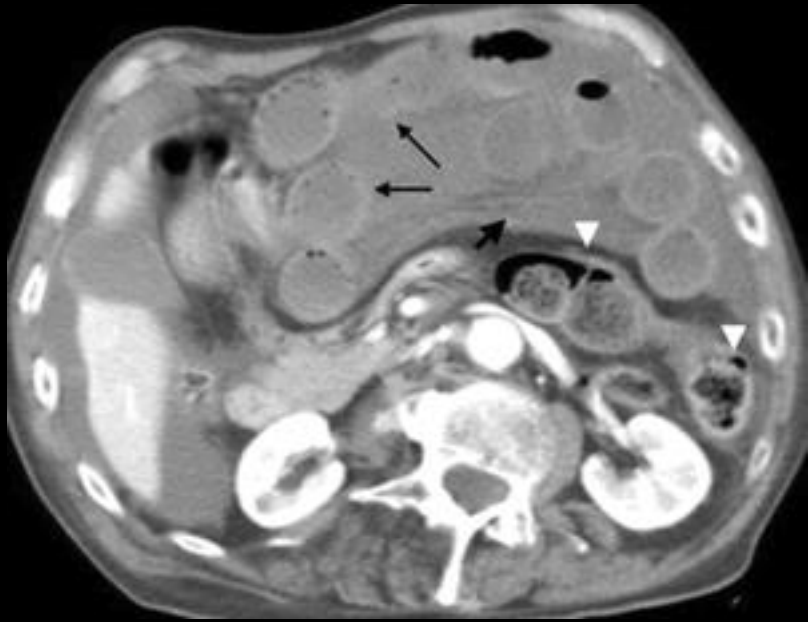
le pied du champignon correspond au mésentère des anses herniées .

le colon gauche est refoulé vers l'arrière

le point de convergence des feuillets mésentériques se situe dans la région profonde, para médiane gauche

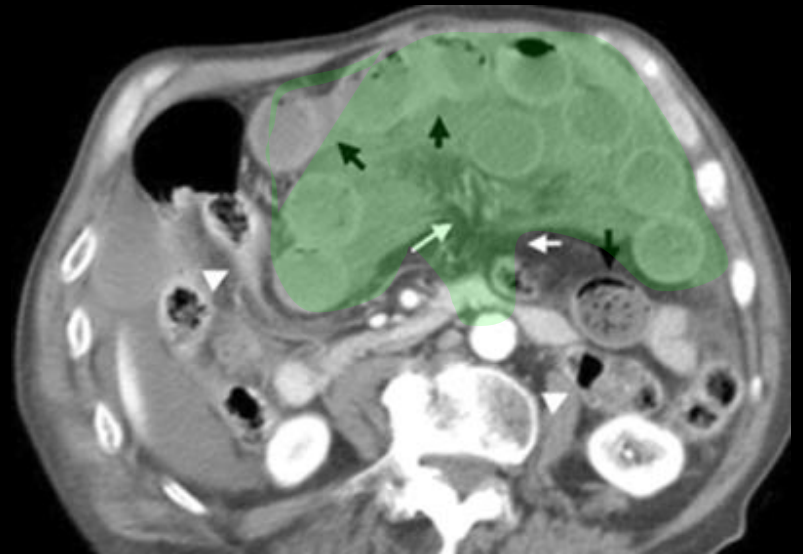
homme 95ans

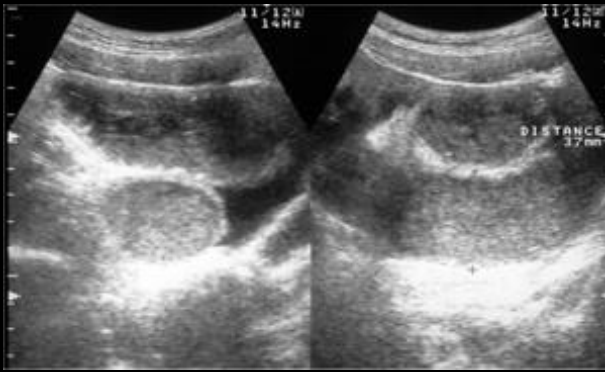
Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction: CT findings in 11 adult patients
R ZISSIN,, M HERTZ,, G GAYER,, H PARAN, A OSADCHY.
Brit J Radiol 2005,78,796-802



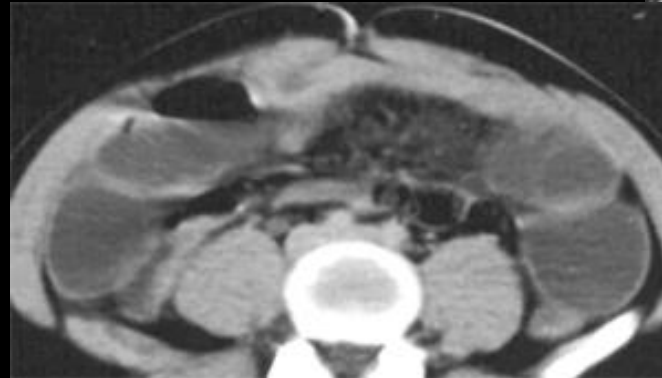
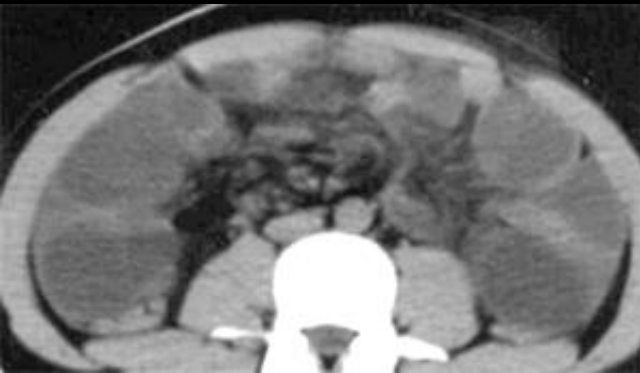
homme 95ans

hernie transmésentérique



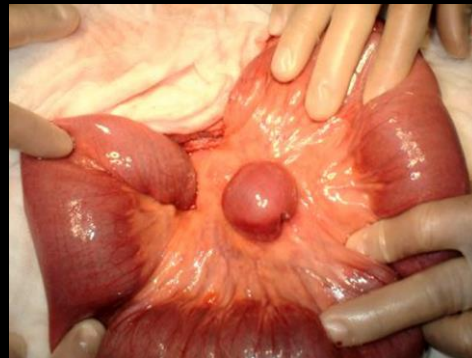
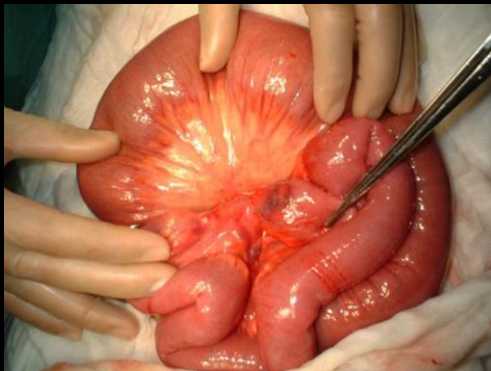
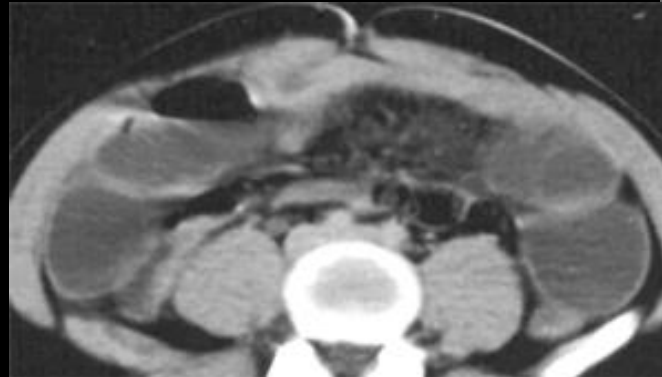
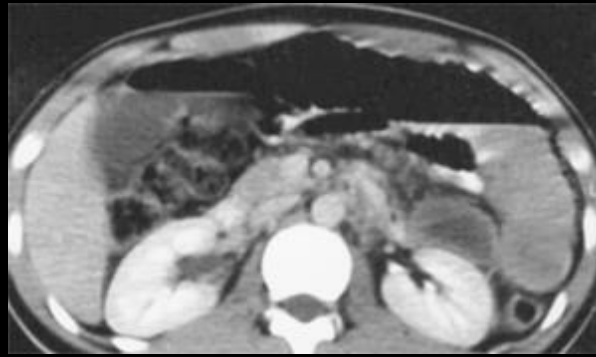
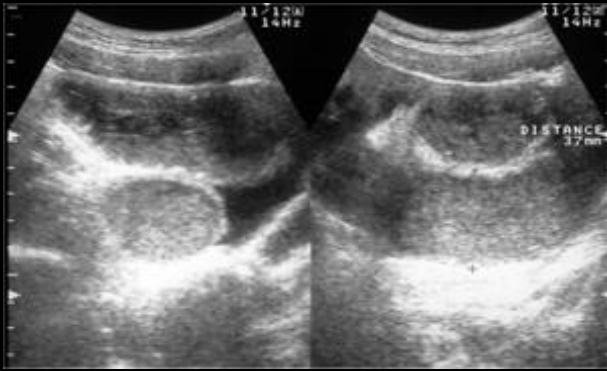


S



anses distendues en disposition radiaire avec aspect "en champignon"

le point de convergence des feuillets mésentériques se situe dans la région profonde, médiane

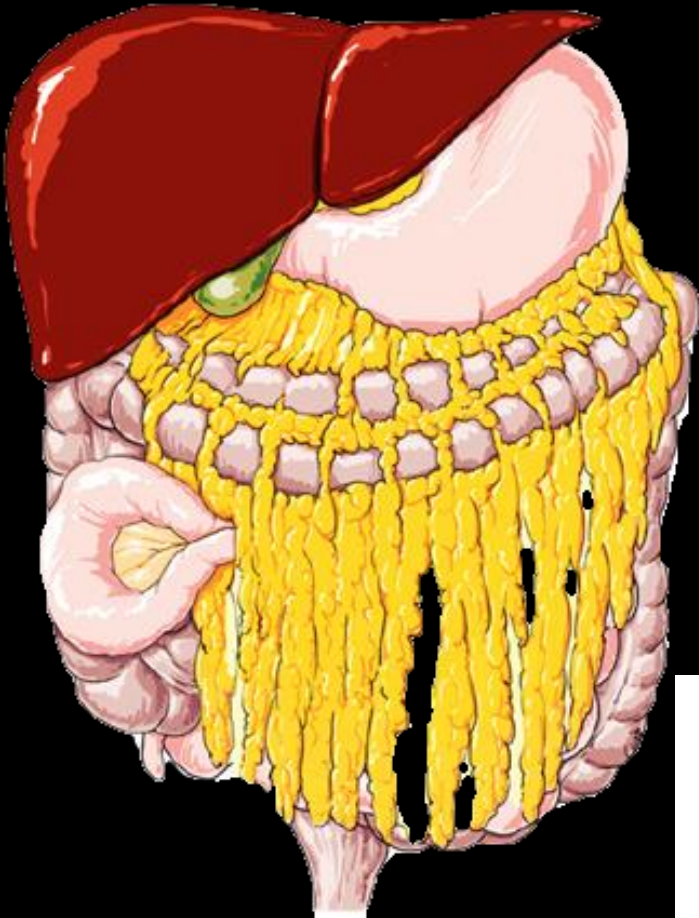


hernie transmésentérique

obs. IN Phi Saigon

les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine

les hernies transommentales

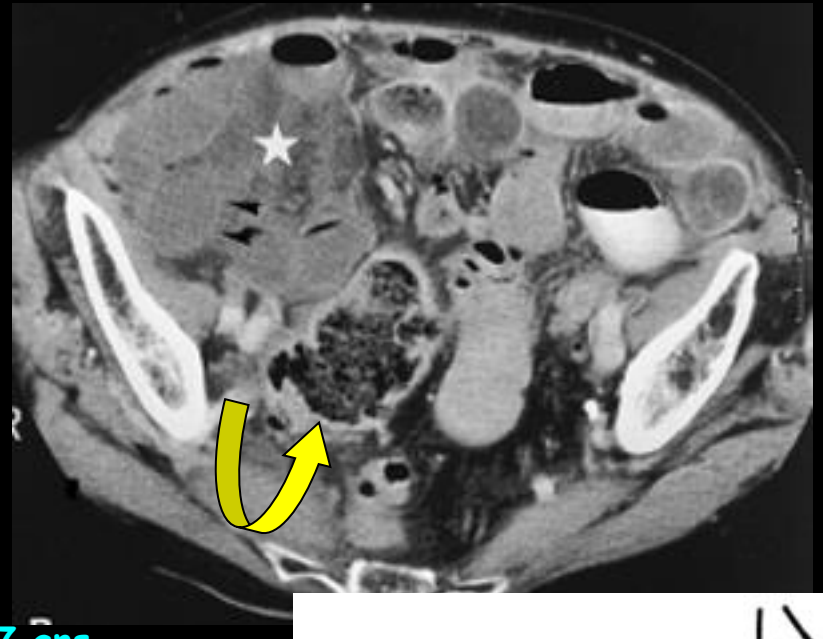
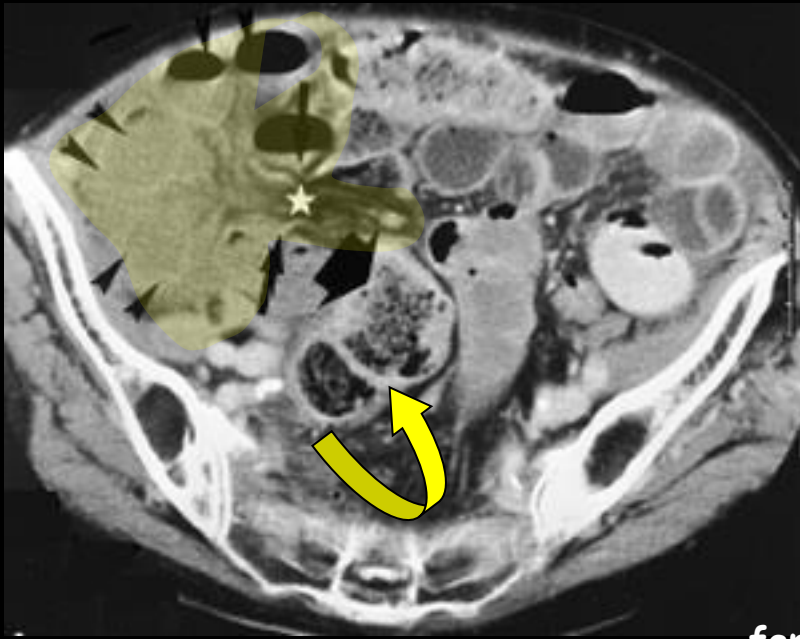


Indian J Surg 72(Suppl 1): 369–370
DOI: 10.1007/s12262-010-0106-4

IMAGES IN SURGERY

An unusual cause of small bowel obstruction: “The swiss cheese transomental hernia”

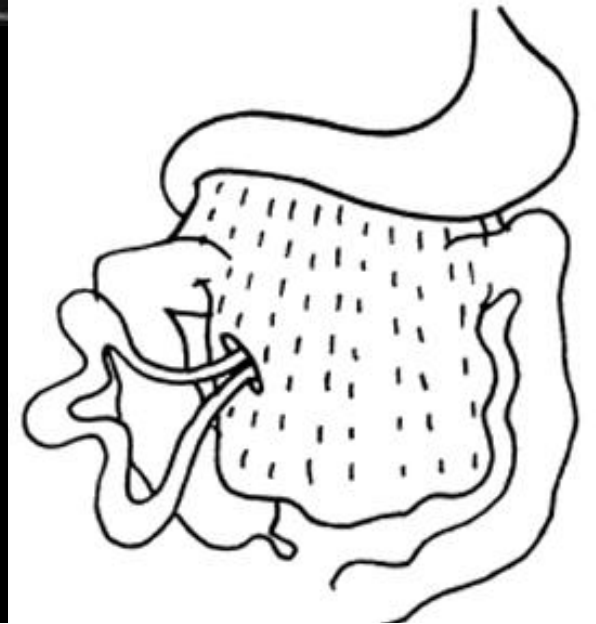
Youssef Narjis · K. Rabbani · M. N. El Mansouri · R. Jgounni · B. Finech · A. Elidrissi Dafali



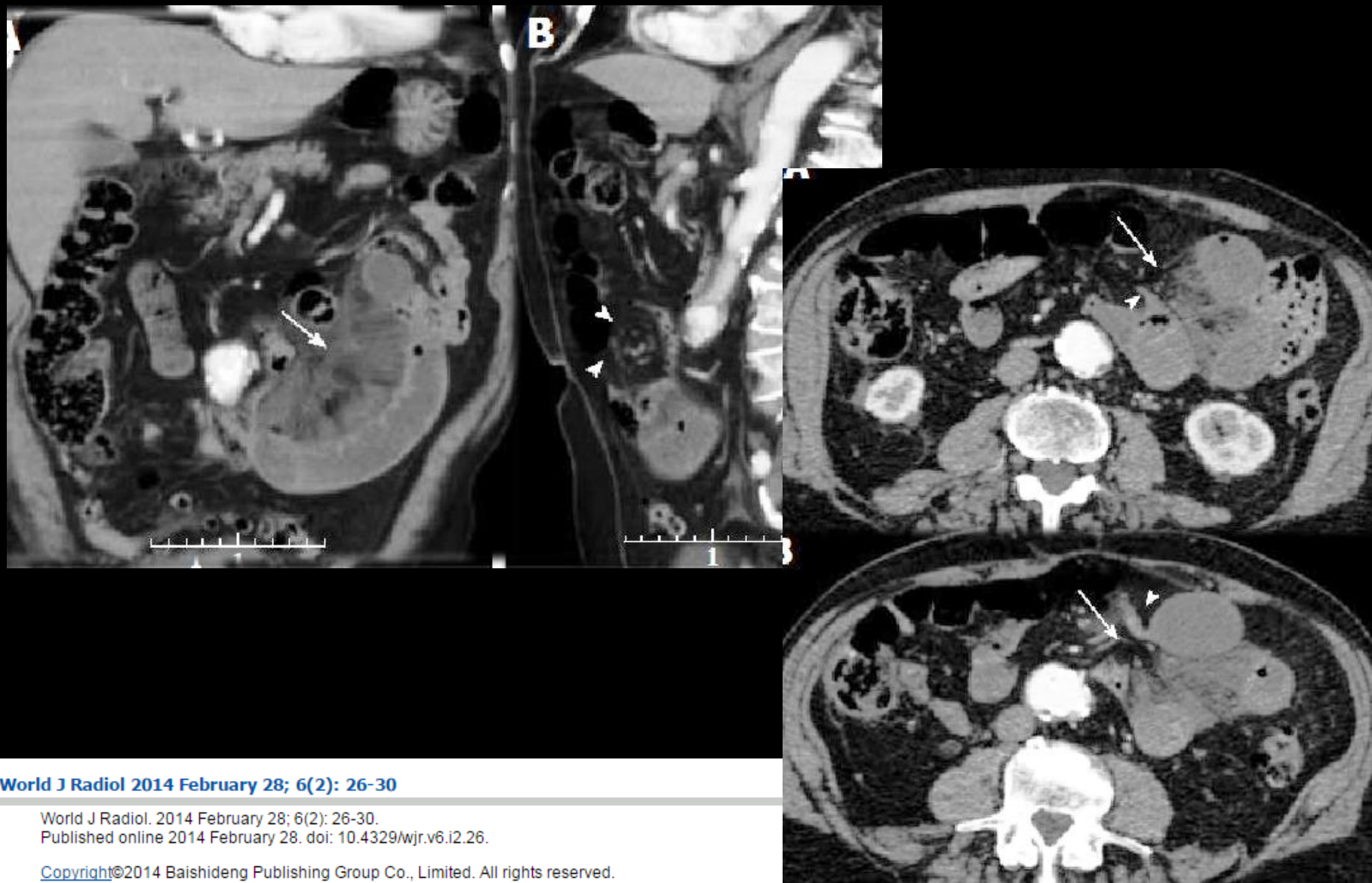
femme 87 ans



hernie trans
omentale



Strangulated transomental hernia: CT findings
E. DELABROUSSE, M. COUVREUR, O. SAGUET, B. HEYD, S. BRUNELLE, B. KASTLER
Abdominal Imaging ; 2001,26:89-88



World J Radiol 2014 February 28; 6(2): 26-30

World J Radiol. 2014 February 28; 6(2): 26-30.
Published online 2014 February 28. doi: 10.4329/wjr.v6.i2.26.

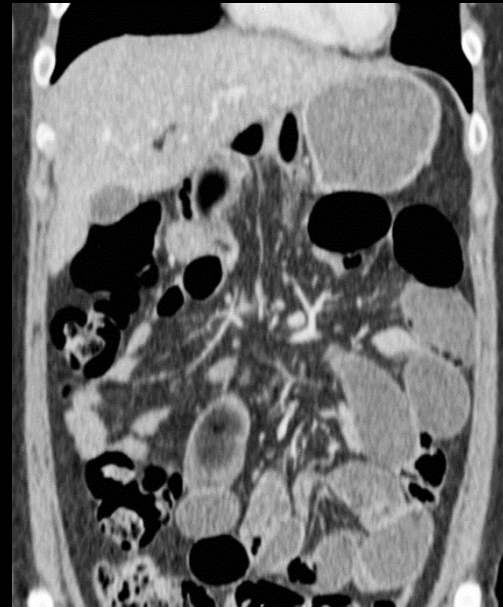
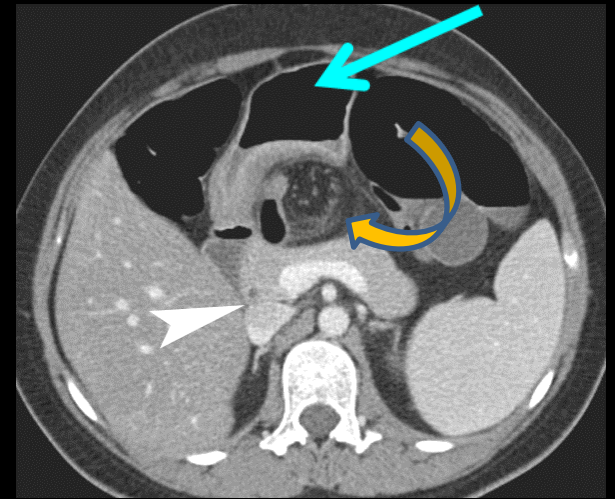
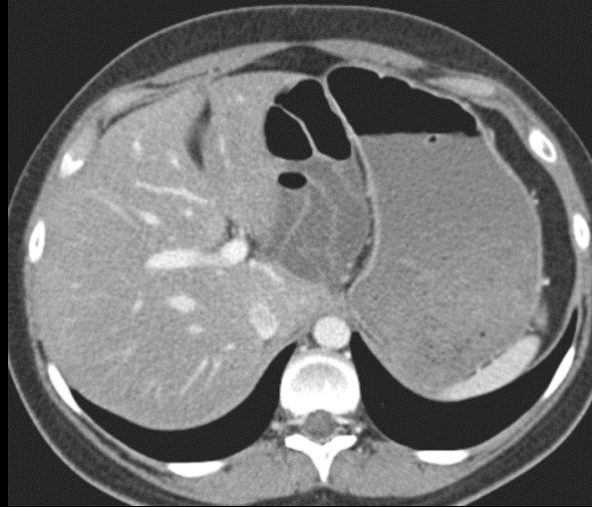
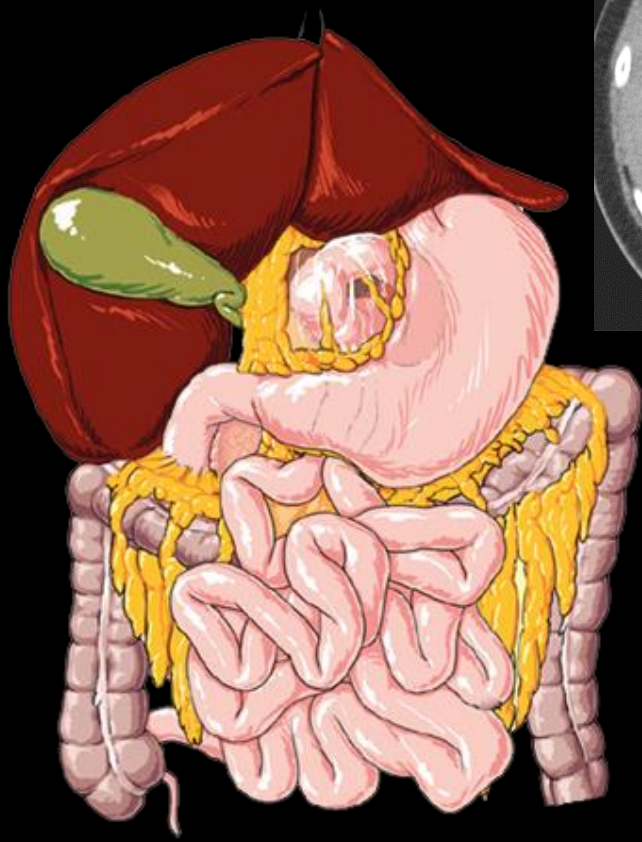
Copyright©2014 Baishideng Publishing Group Co., Limited. All rights reserved.

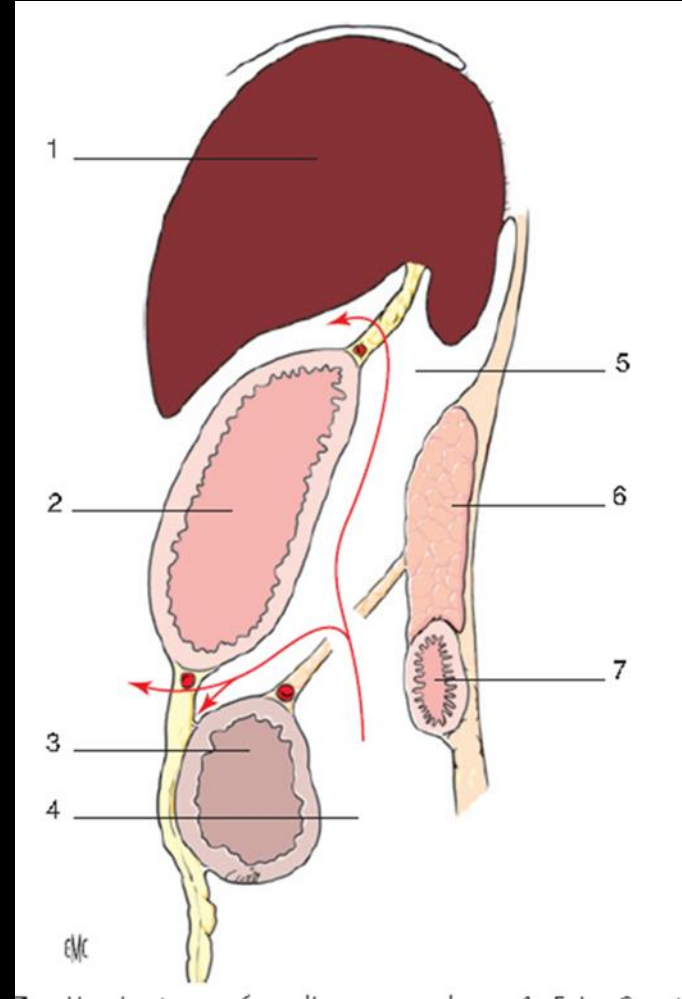
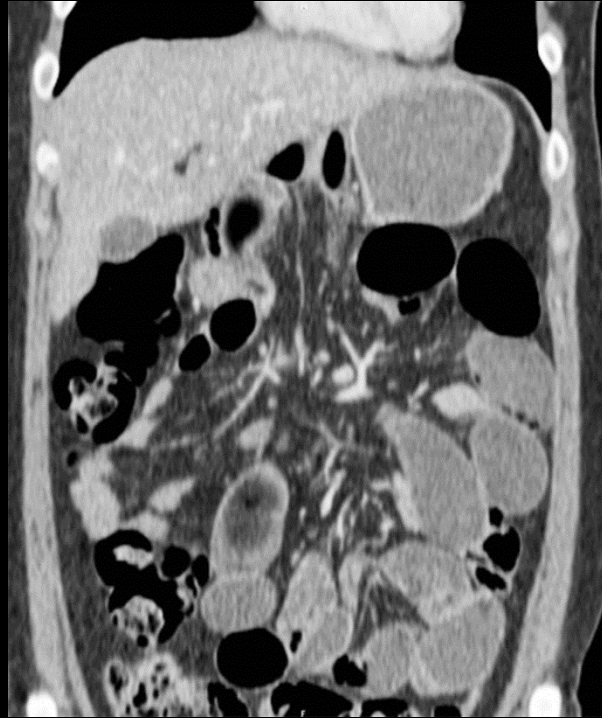
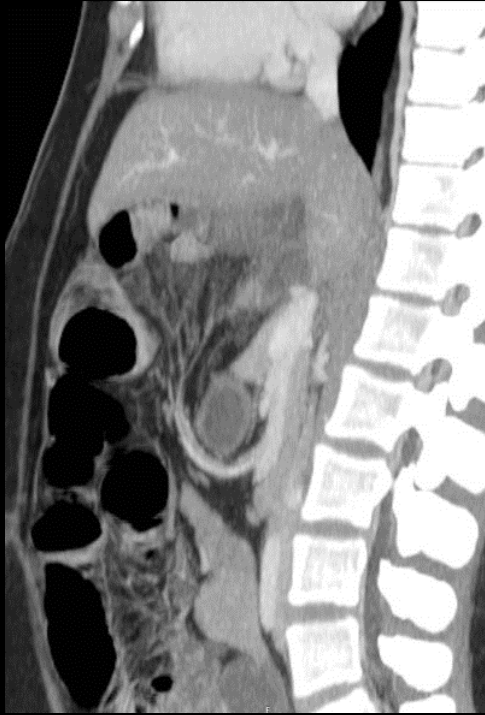
A spontaneous strangulated transomental hernia: Prospective and retrospective multi-detector computed tomography findings

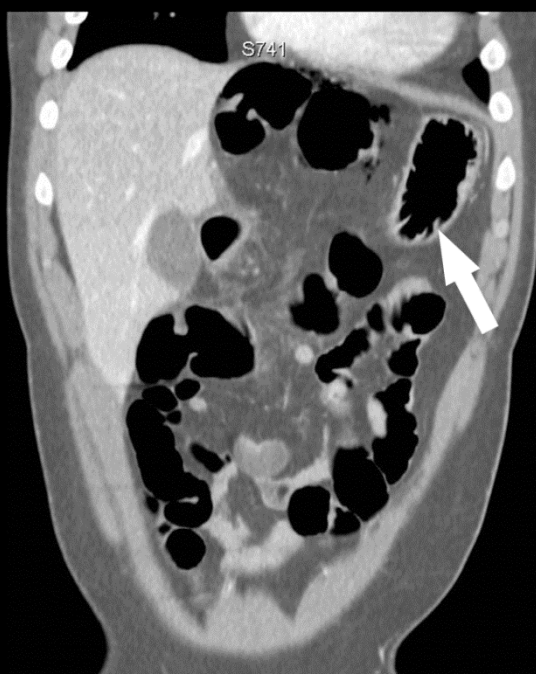
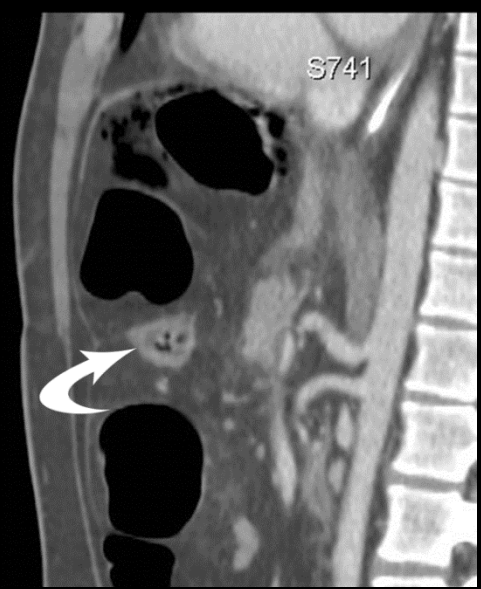
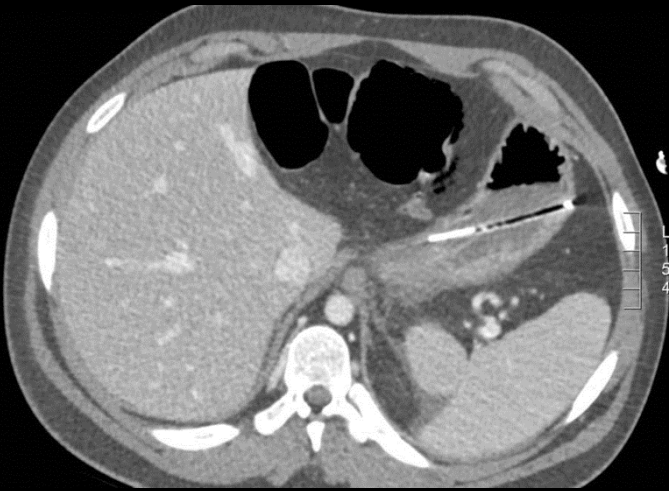
Luigi Camera, Angela De Gennaro, Margaret Longobardi, Stefania Masone, Emanuela Calabrese, Walter Del Vecchio, Giovanni Persico and Marco Salvatore.

les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine

les hernies de la cavité omentale : ligament gastro-colique , mésocolon transverse

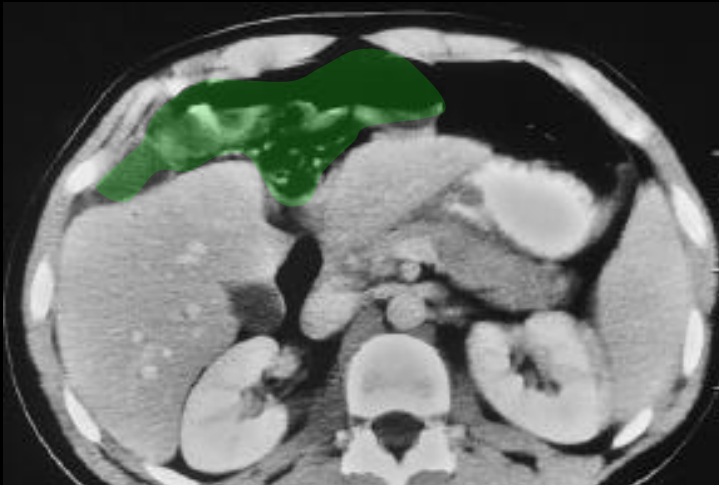
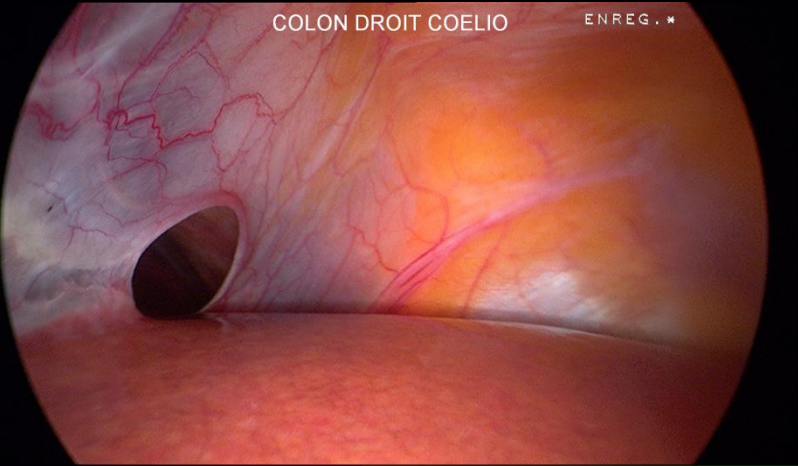
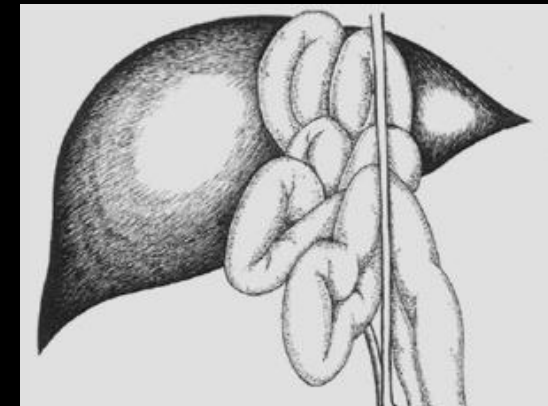
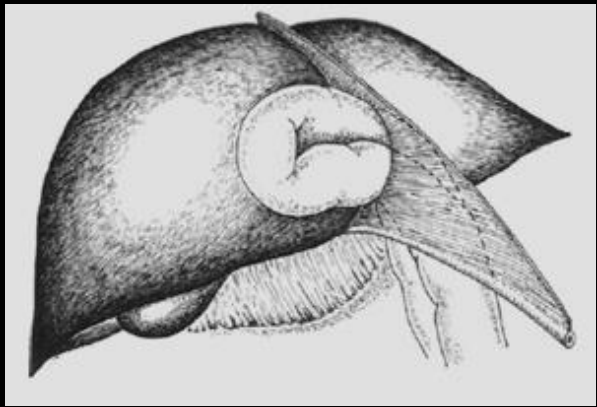




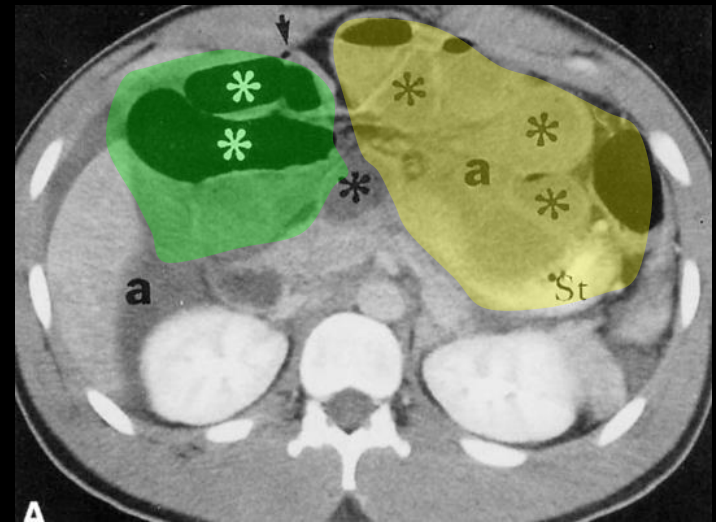
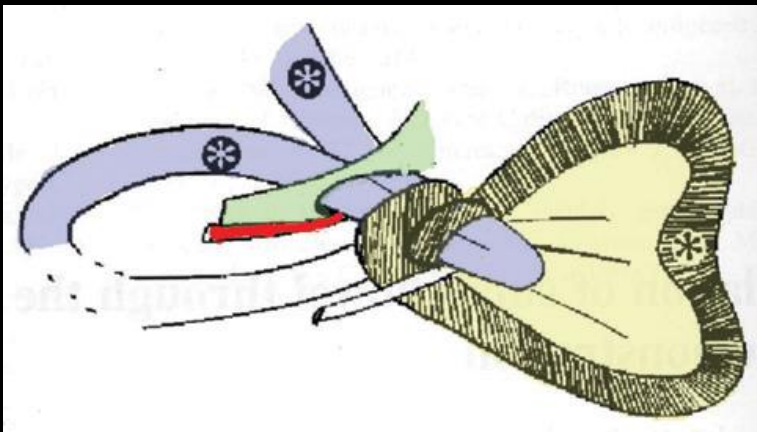
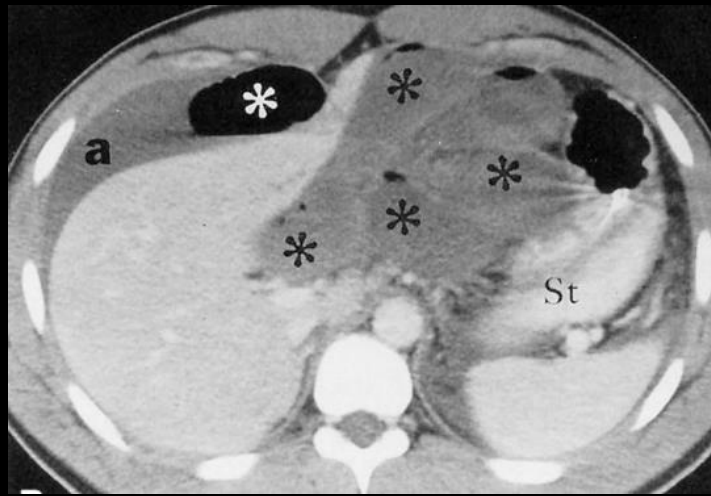


les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine

les hernies du ligament falciforme



Das Fenster im Ligamentum falciforme Ein seltener Fall einer Hernierung des Dünndarms durch das Ligamentum falciforme
S.VORBURGER, M.ZUBER, J.C. RENGGLI K.SCHNABEL
Chirurg. 2000,71:466-468

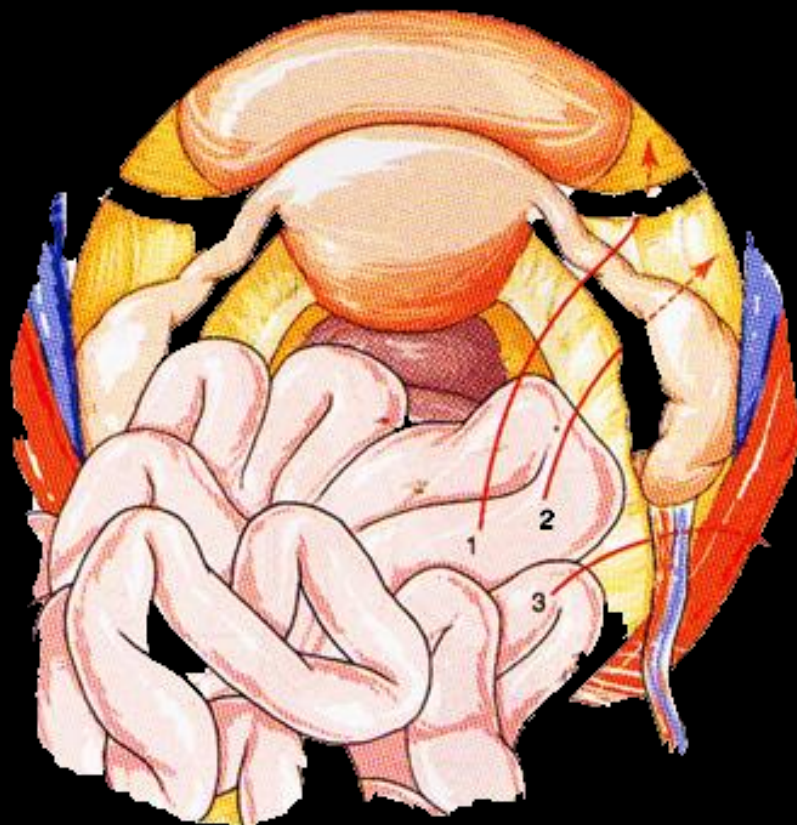


homme 31 ans
douleurs épigastriques et défense

Herniation of small bowel through the falciform ligament: CT demonstration
S. WALKER, JW BAER
Abdominal Imaging ,1995,20:161-3

les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine

les hernies du ligament large

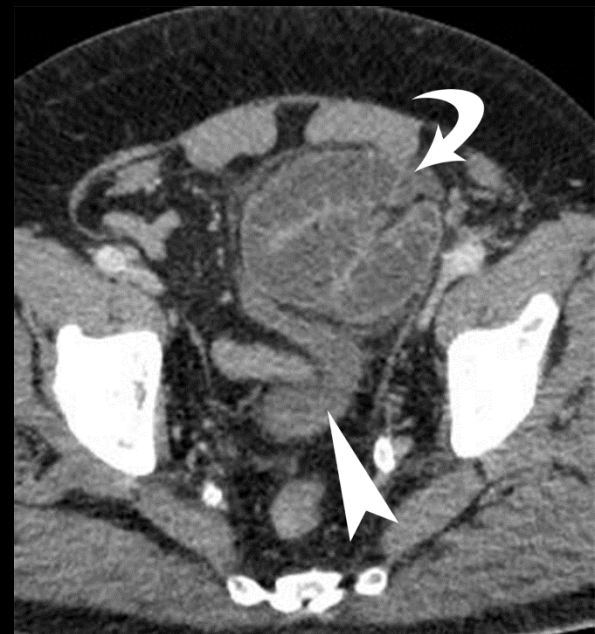
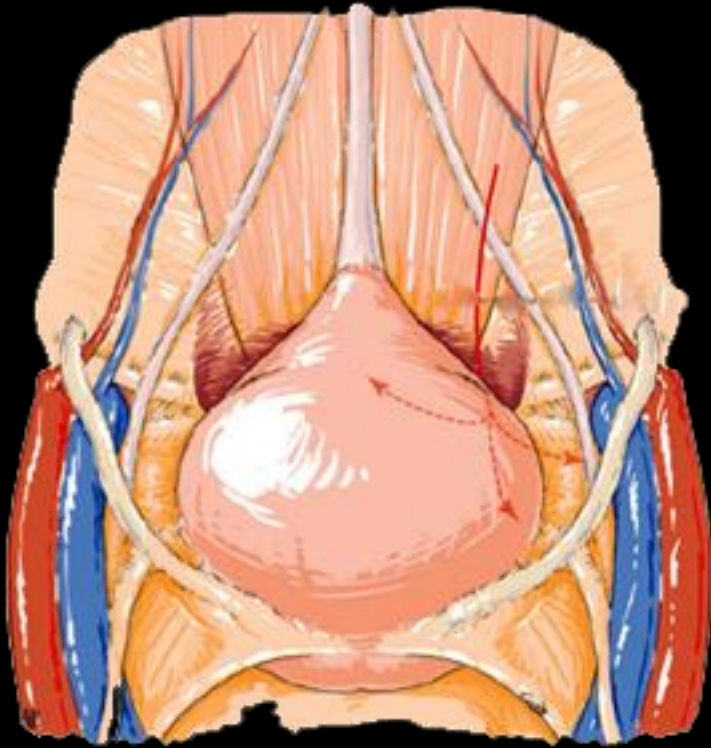




les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine

les hernies du plancher pelvien

les hernies supra et latéro vésicales

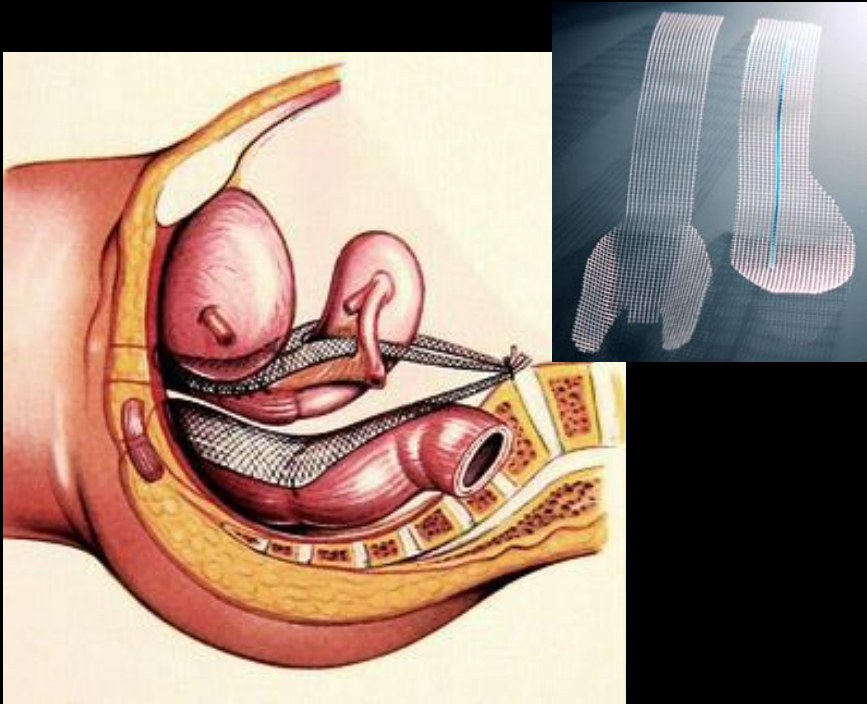




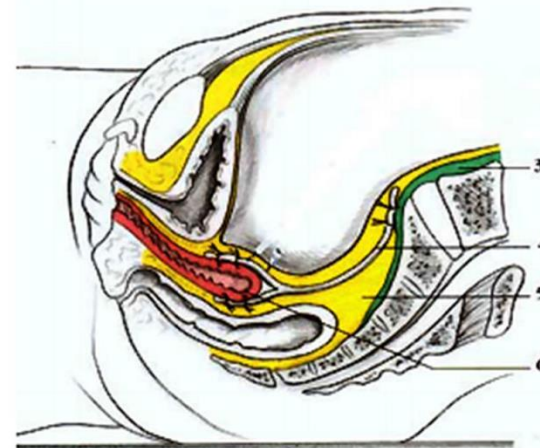
les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine

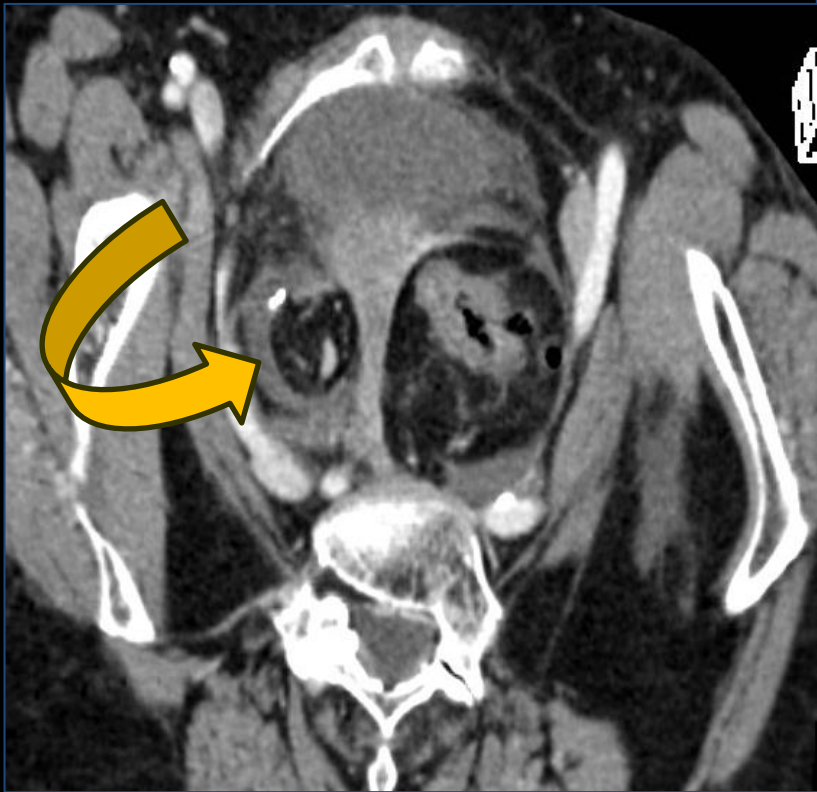
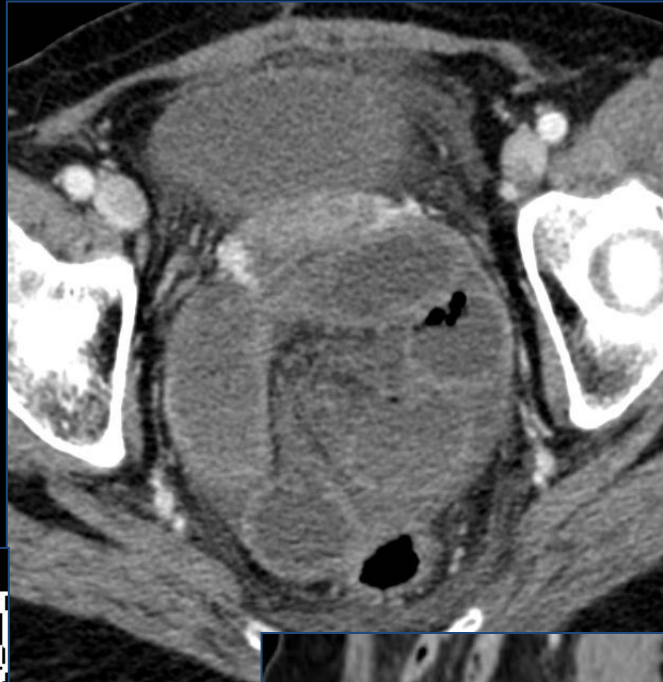
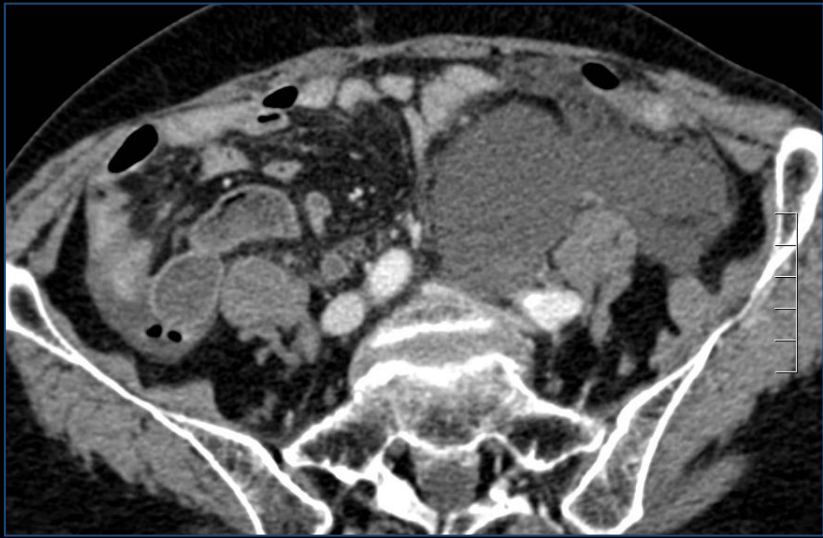
les hernies du plancher pelvien

les hernies du cul de sac de Douglas



Promontofixation coelioscopique:







au total

-pour les hernies internes développées dans des orifices normaux ou paranormaux du péritoine , il n'y a rien de nouveau sous le soleil :

,disposition "sac-like" des anses herniées permettant le diagnostic en dehors des complications aiguës

,les repères vasculaires ont un intérêt variable; ils restent essentiels pour les hernies du foramen omental et les hernies paraduodénales droites

,la physiopathologie reste discutée en particulier pour les hernies paraduodénales gauches

,les hernies péricæcales semblent beaucoup plus fréquentes qu'il n'est classique de l'écrire , à l'inverse des hernies paraduodénales gauches

-pour les hernies internes développées à travers des orifices anormaux du péritoine , on observe une meilleure compréhension des éléments anatomiques et physiopathologiques permettant de définir une sémiologie plus précise et plus claire

, ce type de hernie interne ne peut être diagnostiqué qu'à l'occasion d'une complication révélatrice, généralement sous la forme d'une occlusion mécanique aiguë avec strangulation vasculaire , cliniquement identique à une occlusion sur anse fermée ou un volvulus sur bride

,le scanner apporte des arguments diagnostiques , en particulier:

-la situation haute dans l'abdomen des anses en distension liquide qui viennent au contact de la face profonde de la paroi abdominale antérieure

-l'aspect "en champignon" de l'ensemble; le pied étant constitué par le mésentère des anses herniées , le chapeau correspondant aux anses distendues en disposition radiaire

-les déplacements des segments coliques mobiles (transverse et surtout sigmoïde) sont des appoints sémiologiques intéressants