

Introduction:

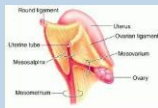
Le ligament large de l'utérus est formé de deux feuillets péritonéaux qui enveloppent plusieurs structures pelviennes

Mésosalpinx

Mésovarium

Mésomètre

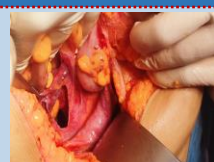
Mésouniculaire



Une hernie interne à travers le ligament large est une cause exceptionnelle d'occlusion intestinale (moins de 7 % des hernies internes), avec passage d'anses intestinales à travers un défaut congénital ou acquis du ligament.

Les facteurs favorisants incluent malformations, chirurgies pelviennes, traumatismes obstétricaux ou inflammations.

Le diagnostic est difficile en raison de signes cliniques peu spécifiques. La tomodensitométrie peut aider, mais la découverte est souvent opératoire



• Discussion

*La hernie interne est une cause rare d'occlusion intestinale. Parmi elles, les hernies trans-mésentériques ou par le ligament large (comme ici) sont encore plus exceptionnelles. Elles surviennent souvent sans antécédents chirurgicaux, comme c'est le cas chez cette patiente.

*La brèche est souvent située sous la trompe utérine dans le mésosalpinx ou mésomètre.

l'anse peut passer de l'espace pelvien droit vers le gauche créant parfois une présentation clinique trompeuse.

*Le tableau clinique était évocateur d'une occlusion mécanique, mais le scanner ne montrait pas clairement de zone de transition. Cette situation est fréquente dans les hernies internes, car l'anse étranglée peut être masquée par d'autres anses distendues.

*Même si la zone de transition n'était pas visible, la distension asymétrique du grêle avec épargne de la dernière anse devait alerter. L'absence d'air colique et la stagnation proximale sont des éléments évocateurs.

*L'instabilité hémodynamique et le tableau d'ischémie intestinale ont justifié une intervention en urgence. Le geste chirurgical (résection et anastomose) était impératif pour éviter le choc septique.

*pronostic dépend du délai de prise en charge, la prise en charge rapide au bloc et la réanimation adaptée ont permis une évolution favorable.

• conclusion:

Les hernies internes, bien que rares, doivent être suspectées devant une occlusion aiguë sans cause évidente et sans ATCD chirurgicaux. Le scanner est un outil essentiel, mais peut être trompeur. Une vigilance clinique est primordiale, surtout en présence de signes de souffrance digestive. La chirurgie reste le traitement de choix et doit être réalisée sans délai en cas de signes de gravité.

- **Références:** 1. Martin, L. C., Merkle, E. M., Thompson, W. M. (2006). Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. Radiographics. Blachar, A., Federle, M. P. (2001). Internal hernia: an increasingly common cause of small bowel obstruction. Seminars in Ultrasound, CT and MRI, Takeyama, N., Gokan, T., Ohgiya, Y., Satoh, S., Hashizume, T., Maruyama, K., et al. (2005). CT of internal hernias. Radiographics,.

• Observation:

Patiente âgée de 40ans sans atcds qui consulte pour des douleurs abdominales diffuses la symptomatologie remonte à 3jr marquée par l'apparition des douleurs abdominales diffuses, associés à plusieurs épisodes de vomissements alimentaires et arrêt de matière et des gaz, le tous évoluant dans un contexte apyretique.

Examen clinique :

- Patiente consciente en moyenne état général; apyretique stable sur le plan HD.

Examen abdominale :

- Abdomen non distendu sensible dans sa totalité
- Défense au niveaux de l'HCD
- Le reste d'examen est sans anomalie

Bilan biologique :

- Anémie à normocytaire normochrome
- Hyponatremie 85mmol/l hypok+ à 1,3mmol/l
- ASP



TDM abdomino-pelvienne :

- Distension grêlique aéro-liquide.
- Dernière anse iléale épargnée.
- Absence de zone de transition visible.
- Pas de signes de pneumopéritoine, ni épaississement pariétal.

(Exploration chirurgicale) :

Dilatation en amont de la dernière anse iléale, cœcum collabé.

Découverte d'une **hernie interne à travers le ligament large gauche.**

Anse grêlique torsadée, signes de souffrance digestive Résection d'environ **75 cm de grêle nécrosé avec anastomose termino-terminale.**