

# Une cause rare de douleurs abdominales

Alessia Cusimano, Marco Palmesino, Sebastiano Martinoli, Claudio Bonfioli

Dipartimento di chirurgia, Policlinico P. Giaccone, Palermo, Italie

Reparto di chirurgia, Clinica Luganese, Lugano



Dipartimento di radiologia, EOC Ospedale Civico, Lugano

L'obstruction intestinale ou iléus mécanique requiert une grande culture médicale, voire chirurgicale, parce que très souvent on rencontre des maladies rares dont le nombre total fait tout de même une partie non négligeable de l'étiologie. A juste raison, on appelle volontiers l'abdomen aigu la «boîte à surprise» de la médecine d'urgence.

## Présentation du cas clinique

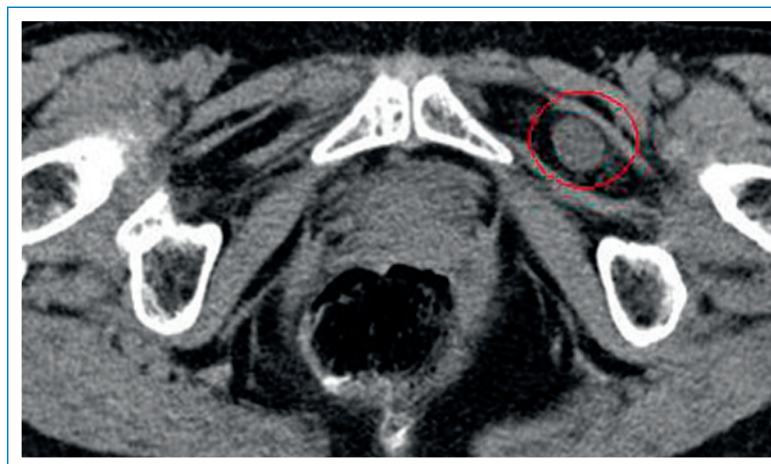
Une femme de 84 ans est admise aux urgences de notre hôpital avec une histoire de douleurs abdominales intermittentes depuis cinq jours et des vomissements. Jamais opérée, la patiente est maigre (BMI 15) même si elle n'a

pas de signes de malnutrition. Sa douleur est localisée à la hanche gauche avec une irradiation le long de l'intérieur de la cuisse ipsilatérale. Cinq jours avant, elle a été traitée dans un autre hôpital avec la suspicion de gastro-entérite. Les douleurs et les vomissements qui ne cessent pas la forcent à revenir à nos urgences.

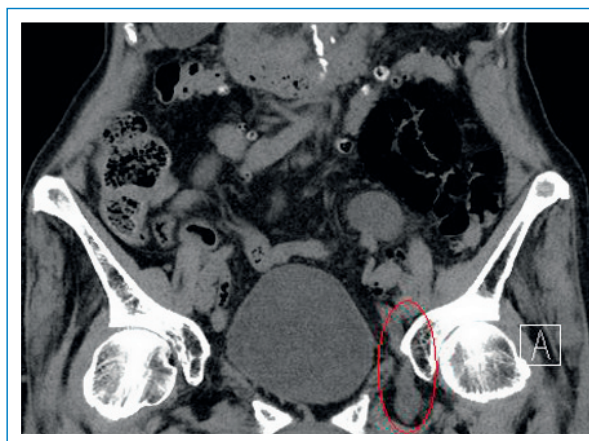
L'examen clinique montre un abdomen gonflé, tympanique, sans péritonisme. La douleur augmente quand on force la jambe gauche en extension et en abduction (signe de Howship-Romberg). Le laboratoire montre une modeste leucocytose à 12 900 tandis que la protéine C réactive est élevée à 27,6 mg/l. La radiographie de l'abdomen montre des anses intestinales un peu dilatées dans le bas abdomen. La tomographie axiale (TC) confirme la distension du grêle avec une anse qui s'est engagée dans le canal obturateur gauche (fig. 1 et 2 cercle ) . La laparoscopie d'urgence montre un segment du grêle qui est incarcerated avec son côté anti-mésentérique dans le foramen obturateur de gauche avec de signes précoces de souffrance ischémique, une typique hernie de Richter (fig. 3 et 4 ) . Le segment incarcerated peut être réduit avec une légère traction, la bulle bleuâtre de la paroi se reprend et devient rose. L'intervention se conclut toujours en laparoscopie avec la suture du gap herniaire renforcée par la pose d'un filet non résorbable. La patiente a des suites postopératoires tout à fait satisfaisantes. Après trois jours elle se nourrit normalement et quitte l'hôpital huit jours après.

## Discussion

La hernie du canal obturateur est une affection rare: elle consiste dans l'engagement très souvent étranglé d'organes intrapéritonéales ou extrapéritonéales dans le canal obturateur. L'organe le plus souvent concerné est le grêle, mais aussi le colon, l'épiploon, les trompes utérines ou l'appendice peuvent être capturées par la poche herniaire [1]. Le premier cas a été décrit par De Ronsil en 1724, et en 1851, Henry Obre en répara une avec succès [2]. Son incidence est de 1% de toutes les hernies et comme cause d'une obstruction, elle se retrouve dans 1% de toutes les situations d'iléus mécanique. Sa présence est presque toujours accompagnée par un iléus aigu à différence des hernies inguinales où l'obstruction est très rare. On la retrouve plus fréquemment à droite qu'à gauche et quelquefois elle est bilatérale (6% des cas). Les femmes de plus de 70 ans sont plus à risque (ratio femme/homme 6:1), surtout les multipares, maigres et constipées. Pour cette raison les anglophones appellent la hernie obturatrice «the little thin old lady hernia» [3].

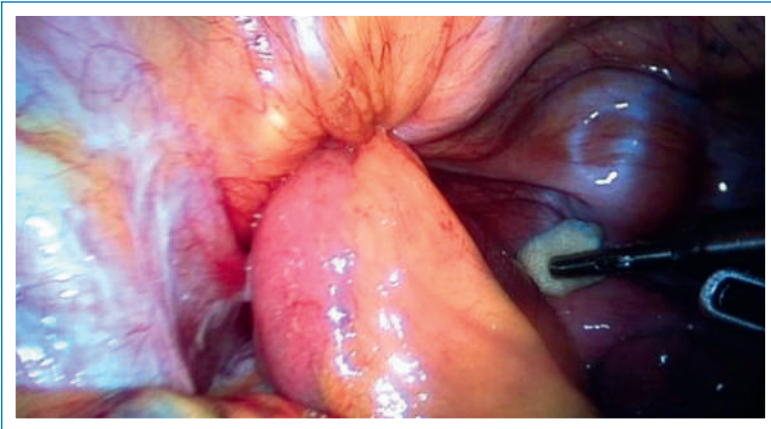


**Figure 1**  
Image TC: La flèche montre une masse localisée dans le foramen obturateur gauche.



**Figure 2**  
Image TC: La flèche montre une anse de l'intestin grêle engagée dans le canal obturateur.

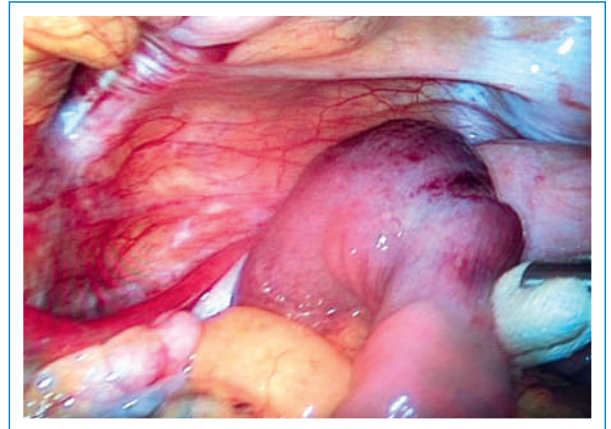
Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.



**Figure 3**  
Cliché pendant la laparoscopie: Il montre l'intestin grêle incarcerated dans le foramen obturateur gauche.

Le foramen obturatorium est le trou le plus large dans le corps, est cloisonné par la membrane obturatrice sauf dans sa partie antérosupérieure, le canal obturateur, long de 2–3 cm et large d'un cm. Seulement un coussinet de graisse le recouvre. La malnutrition et l'âge en faisant disparaître le tissu adipeux favorisent l'engagement partiel ou total d'un organe intrapéritonéal. Ainsi une hernie obturatrice peut s'installer [4].

La hernie obturatrice est difficile à diagnostiquer parce que les symptômes sont peu spécifiques: obstruction intestinale aiguë, douleur irradiante dans la hanche et dans la cuisse antérieure jusqu'au genou. Ce dernier signe appelé signe de Howship-Romberg se retrouve seulement dans 15–50% des cas [5]. Rarement une tumescence douloureuse peut être palpée sous l'aîne ou dans le vagin. La compression du nerf obturateur peut causer très rarement la perte du réflexe d'adduction, signe de Hannington-Kiff [5]. Des ecchymoses dues à la strangulation peuvent paraître en haut de la cuisse [3]. La difficulté de la diagnose fait que seulement 20–30% des cas sont reconnus avant l'opération et la mortalité est très haute [6]. La hernie de Richter est définie comme une hernie abdominale où seulement une partie de la paroi intestinale est entrée dans le sac herniaire et s'y est étranglée. Presque toujours il s'agit d'une portion de l'iléon. C'est Fabricius Hildanus qui en voit une en 1598 et la décrit en 1606. Pour une description précise et scientifique, il faut attendre August Gottlieb Richter en 1778. Depuis lors, on rapporte seulement de petites séries rétrospectives de cette pathologie presque toujours associée à une mortalité très marquée. Son issue est due à la petitesse de l'orifice herniaire, assez grand pour étrangler une partie de la paroi intestinale, mais pas toute une boucle du grêle. Il s'ensuit un étranglement de la circulation et la gangrène ischémique suivie de la perforation. Le début est caractérisé par la nausée, les vomissements et la faiblesse [4]. A cause de symptômes très peu spécifiques, le diagnostic de la hernie obturatrice est souvent très retardé et reste obscur jusqu'à la laparotomie ou à la laparoscopie. Rarement l'échographie ou le cliché radiographique de l'abdomen permettent de suspecter le diagnostic tandis que la TC, qui pour la première fois en découvrit une en 1983, est devenue le «gold standard» pour le diagnostic [4, 7].



**Figure 4**  
Cliché pendant la laparoscopie: L'anse intestinale dégagée montre des signes de souffrance vasculaire.

La thérapie en est toujours chirurgicale, soit en laparotomie qu'en laparoscopie. Cette dernière, comme dans le cas présent, permet une intervention peu lourde. Le cas présenté à notre connaissance est le sixième décrit dans la littérature qui comprend la combinaison de la hernie de Richter avec sa variante obturatrice traitée en chirurgie mini-invasive [8].

## Conclusion

La hernie obturatrice est une pathologie rare et difficile à reconnaître en tant que cause d'une obstruction intestinale. Sa variante dans la forme de hernie de Richter est encore plus rare. La TC permet le diagnostic précis, et il faut donc se demander s'il ne faudrait pas s'appuyer sur cet examen toutes les fois qu'on se trouve devant un tableau clinique d'obstruction intestinale. La thérapie de choix est toujours la chirurgie ouverte ou en laparoscopie [8] en urgence pour prévenir la nécrose et la perforation de l'organe incarceré.

## Correspondance:

Prof. Dr Sebastiano Martinoli  
Clinica Luganese  
Reparto di chirurgia  
Via Moncucco 10  
CH-6900 Lugano  
[s.martinoli\[at\]bluewin.ch](mailto:s.martinoli[at]bluewin.ch)

## Références

- Dundamadappa SK, Tsou IY, Goh JS. Clinics in diagnostic imaging (107). *Singapore Med J.* 2006; 47(1):89–94.
- Mantoo SK, Mak K, Tan TJ. Obturator hernia: diagnosis and treatment in the modern era. *Singapore Med J.* 2009; 50(9):866–70.
- Tarun JJ, Pranay G, Tirkey A, Rajinikanth J, Raj JP, Muthusami JC. Perforated obturator Littre hernia. *Can J Surg.* 2009;52,3.
- Hong Zhang, Cong JC, Chen CS. Ileum perforation due to delayed operation in obturator hernia: a case report and review of literatures. *World J Gastroenterol.* 2010;16(1):126–30.
- Maricevich M, Farley D. A pseudo-TEP repair of an incarcerated obturator hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(8):290–2.
- Stamatiou D, Skandalakis LJ, Zoras O, Mirilas P. Obturator hernia revisited: surgical anatomy, embryology, diagnosis and technique of repair. *Am Surg.* 2011;77(9):1147–57.
- Irwin GW, Gull S, Carey PD. Hip pain in an elderly man: beware the obturator hernia. *Br J Hosp Med (Lond).* 2011;72(12):714–5.
- Deeba S, Purkayastha S, Darzi A, Zacharakis E. Obturator hernias: a review of the laparoscopic approach. *J Minim Access Surg.* 2011;7(4):201–4.