



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

Intestinal obstruction due to strangulated hernia at the Lubumbashi University Clinics: two case reports and a review of the literature

Manda Kisimba Emmanuel¹, Mwange Bibi Feza Georgia¹, Katapala Mwenda Francine², Vincent De Paul Kaoma Cabala¹, Eddy Wasso Milinganyo³, Eric Mbuya Musapudi¹, Catherine Saleh Ugumba¹

¹Département de chirurgie, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo.

²Service d'Imagerie médicale, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Province du Haut Katanga, République Démocratique du Congo

³Département d'Anesthésie et Réanimation, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Province du Haut Katanga, République Démocratique du Congo.

ABSTRACT

Une éventration ou hernie incisionnelle est l'issue des anses à travers une cicatrice de la paroi musculaire. Les interventions intestinales sont très rarement pourvoyeuses d'éventration post opératoire, en première position se retrouve généralement les interventions gynécologiques et biliaires. Nous vous présenterons deux patients pris en charge aux cliniques universitaires de Lubumbashi pour occlusion intestinale sur éventration étranglée.

Mot clé : occlusion intestinale, éventration étranglée, hernie incisionnelle

Correspondance

Manda Kisimba Emmanuel, Département de chirurgie, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Province du Haut Katanga, République Démocratique du Congo

Téléphone : (+243) xxxxxxxx

Email : emmymanda2@gmail.com

Article reçu : 11-02-2026

Accepté : 27-05-2026 Publié : 02-08-2026



Copyright © 2026. Manda Kisimba E. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Manda Kisimba E. et al. Intestinal obstruction due to strangulated hernia at the Lubumbashi University Clinics: two case reports and a review of the literature. 2026 ; 9(2) : 238 -248

INTRODUCTION

Une éventration est une complication de la chirurgie abdominale, liée à la faiblesse ou à la mauvaise cicatrisation de la paroi musculaire(1). C'est une complication précoce ou tardive de la chirurgie abdominale qui survient rarement chez des opérés de l'abdomen(2) (3) (4). Il y a éventration lorsque les viscères de l'abdomen (grêle, côlon, épiploon), recouverts par le péritoine, font saillie à travers une déhiscence du plan musculo-aponévrotique de la paroi abdominale et sont palpés directement sous le revêtement cutané(5) . Contrairement aux hernies ombilicales ou inguinales, la hernie incisionnelle a une présentation souvent complexe, impliquant des adhérences péritonéales, une atrophie musculaire et, dans le cas d'une hernie géante, une perte de droit de cité(3). Les interventions intestinales sont très rarement pourvoyeuses d'éventration post opératoire, en première position se retrouve généralement les interventions gynécologiques et biliaires(6) (7).

Les principaux facteurs favorisant qui étaient statistiquement liés à la survenue de la hernie incisionnelle ont été : l'infection, âge jeune (≤ 45 ans), les grossesses antérieures multiples, le sexe féminin, l'état nutritionnel, l'opération de la pathologie initiale en urgence, l'incision médiane et la longueur de l'incision initiale ≥ 5 cm, les facteurs susceptibles d'augmenter la pression abdominale peuvent jouer un rôle adjuvant (Tabagisme, bronchite chronique, constipation chronique, dysurie); les autres facteurs sont discutables (l'âge avancé, le diabète, Le rôle de la technique de fermeture de laparotomie (Le nombre de plans de suture, Le type de fil utilisé, Le choix entre points séparées ou surjet)(8) (9). La hernie incisionnelle secondaire a une appendicectomie est une cause rare(10).

Le but de notre étude est de présenter deux patients pris en charge aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi dans le service de chirurgie générale pour une occlusion intestinale sur éventration étranglée.

Nous avons réalisé une étude descriptive prospective.

PRESENTATIONS DES PATIENTS ET OBSERVATIONS

Nous vous présentons deux cas d'hernie incisionnelle étranglée ayant entraîné des occlusions avec antécédent d'appendicectomie :

Patient n°1

Il s'agit d'une patiente de 52 an transférée d'un centre de santé pour prise en charge d'un abdomen aigu.

L'histoire remonte il y a 5 jours de la présente consultation par des douleurs abdominales pour lesquelles elle a été admise dans le centre susmentionné où un traitement de nature et de dose ignoré lui serait administré. La survenue des vomissements et l'arrêt de matière et de gaz avaient motivé le centre à la transférer aux cliniques universitaires pour prise en charge.

Elle est mariée et mère de 8 enfants ; elle a subi une appendicectomie il y a 9 mois ; ménagère de profession, elle pèse 81 kilogrammes et 1,65 m de taille soit un IMC calculé à 29,8.

Elle a présenté des douleurs abdominales diffuses, paroxystiques de survenue brutale depuis 5 jours, des vomissements jaunâtres depuis 2 jours, arrêt de matière et gaz depuis 2 jours ; pas de fièvre ; ainsi que de la soif.

Son état général était marqué par une asthénie physique, conjonctives palpébrales colorées et bulbaire anictérique. Cernes oculaires avec sècheresse buccale.

Son Thorax était libre et clair ;

Son Abdomen : augmenté de volume, distendu, présence d'une cicatrice oblique d'environ 6 cm dans la fosse iliaque droite. Sensibilité diffuse à la palpation, tympanisme diffus et des bruits hydroaériques présentent à l'auscultation.

Le toucher rectal : marge anale propre, sphincter tonique, ampoule rectale vide, muqueuse rectale souple, douglas légèrement bombant et non sensible, au retrait le doigtier était propre.

Nous avons conclu à un abdomen aigue chirurgical : un syndrome occlusif intestinal sur bride et adhérences compliqué de déshydratation

L'examen pré-opératoire : hémoglobine : 18,6g/dl, groupe sanguin : O, Rhésus : Positif, temps de saignement : 2'30" et temps de coagulation : 5'30"

L'échographie abdominopelvienne a montré des anses intestinales dilatées, péristaltisme ralenti, pas d'adénopathie, vessie anéchogène à paroi fine, organes pelviens normaux

CCL : abdomen aigue chirurgical : Occlusion intestinale et Exclure un iléus paralytique

Ella a été opéré dans la même journée et le constat per opératoire a fait état :

- D'une bride cordonale lâche à 35 cm de la valvule iléocæcale et
- D'une anse d'environ 10cm de l'iléon terminal faisant éventration par l'ancienne incision d'appendicectomie : la partie de l'anse qui faisait hernie se situe à 20cm de la jonction iléo-caecale, était strangulé avec zone de sphacèle (Figure 1)

Elle a bénéficié :

- D'une résection de la bride brides et des anses étranglées
- D'une libération des anses prises dans l'éventration après élargissement du collet ;
- D'une résection anastomose termino-terminale iléo-iléale de la partie sphacélée (Figure 2)
- D'une cure d'éventration par la voie de la hernie par la voie médiane (Figure 3)

L'évolution a été simple et sa sortie a été autorisée au 16^e jour.

Patient n°2

Il s'agit d'un patient âgé de 52ans, admis pour douleurs abdominales, vomissements, arrêt de matières et des gaz.

L'histoire remonte à 4 jours de la présente consultation par des douleurs abdominales epigastrique suivies des selles diarrhéiques, des vomissement arrêt de matière et de gaz. Il a consulté un centre de santé où un traitement dont il ignore la nature et la dose a été instauré et une echographie abdominopelvienne et une radiographie abdomen à blanc ont été demandé dont le resultat ont motivé son transfère aux cliniques Universitaires de Lubumbashi.

Dans ses antécédents, Il a été opéré il y a 42 ans pour une appendicectomie et une cure d'hernie ombilicale, il y a 40 ans pour amygdalectomie et il y a 2 ans pour laparotomie pour libération de brides et adhérences. il est hypertendu mais non diabétique.

Il pèse 95 kilogrammes et mesure 181 cm soit un IMC de 29.

il a des douleurs abdominales généralisées, paroxystique avec un fond douloureux. Vomissements post prandiaux. Arrêt de matière et des gaz depuis 4 jours, pas de fièvre.

Il se plaint de douleurs abdominales généralisées, paroxystique avec un fond permanent, des vomissements post prandiaux. Arrêt de matière et des gaz depuis 4 jours mais pas de fièvre.

L'état général est marqué par un faciès souffrant. Les conjonctives palpébrales colorées, les bulbaires anictérique. Son thorax est libre et clair.

L'abdomen distendu, asymétrique, voussure hypertrophique, expansible dans la fosse iliaque droite. Présence d'une cicatrice ombilicale jusqu'en sus pubien. La palpation légère révèle une défense généralisée, la voussure dans la fosse iliaque droite d'environ 10X6cm, et impulsive à l'effort avec palpation de l'anneau pariétal. L'abdomen est tympanique avec conservation de la matité pré-hépatique. Les bruits hydro-aériques sont présents

Le toucher anal révèle une marge anale propre, muqueuse souple, sphincter tonique, ampoule rectale vide, cul de sac non sensible

Nous avons conclu en abdomen aigu chirurgical : occlusion sur brides et adhérences ainsi qu'en une éventration.

L'échographie abdominale a fait état d'un épanchement de faible abondance dans l'espace hépato-renal et de la dilatation des anses intestinales

Conclusion échographique: occlusion intestinale sur adhérences fort probable (Figure 4)

La radiographie abdomen à blanc montre des niveaux hydro-aérique centraux plus large que haut et plus marqué à droite. (Figure 5)

Il a été opéré le lendemain et le constat peropératoire a fait état des d'une bride cravatant la jonction iléocæcale créant ainsi une striction, d'une hernie incisionnelle ayant incarcéré et sphacélé l'iléon à plus ou moins 10 cm de la jonction iléocæcale et prise dans des adhérences iléo-aponévrotiques. (Figure 6)

L'acte per opératoire a consisté en :

- Résection de la bride cravatant la jonction iléocæcale ; pas de zone de sphacèle ni de nécrose

- Résection anastomose iléo-iléale à 15cm de la portion iléale faisant hernie dans la fosse iliaque droite suite à l'impossibilité d'une adhésiolyse
- Cure de la hernie incisionnelle par la fosse iliaque droite (figure 7)

L'évolution a été marquée par une infection pariétale au 7^e jour et l'écouvillonnage des sécrétions a mis en évidence des germes... sensible à la pipéracilline-tazobactam et une éviscération fixée au 15^e jour.

DISCUSSION

En ce qui concerne l'âge, nos patients avaient tous deux 52 ans.

Kanté L, dans son étude montre que l'âge moyen de nos patients a été de 37,8 ans $\pm$ 14,6 avec des extrêmes de 6 et 67 ans(11).

Abdellah ABOURRIG, dans son travail, prouve que L'âge moyen était de 49 ans avec des extrêmes de 16 et 77 ans ainsi que La tranche d'âge comprise entre 30 et 60 ans représentait 83% de nos patients(10).

S. BERRADA, dans son étude montre que l'âge moyen était de 50 ans avec des extrêmes de 28 et 72 ans(6).

BADAA et al, quant à lui, a démontré dans son étude, L'âge moyen de nos patients est de 55,12 ans(9).

En ce qui concerne les facteurs favorisants, nos patients avaient dans leurs antécédents, en ce qui concerne la patiente : un surpoids, une multiparité avec 8 enfants et elle a eu à bénéficier une appendicectomie il y a 9 mois. Et pour le patient, Il a été opéré il y a 42 ans pour une appendicectomie et une cure d'hernie ombilicale, il y a 40 ans. Tous deux étaient en surpoids.

Kanté L, dans son étude, Les antécédents chirurgicaux de nos malades ont été dominés par la césarienne et la péritonite avec respectivement 33,3% et 26,7%(11).

Abdellah ABOURRIG, quant à lui, La multiparité était un facteur présent chez 49% des cas et l'obésité chez 45% des cas(10).

S. BERRADA, a trouvé dans son travail que les malades cumulaient en moyenne un ou deux facteurs de risque : multiparité (66%) ; obésité (46%) et bronchopneumopathie chronique (15%)(6)

Rarement les interventions intestinales ont été pourvoyeuse des hernies incisionnelles, plus fréquemment les hernies incisionnelles sont pourvoyeuses des opérations gynécologique et biliaire (12) (10) (7).

Le tableau clinique de nos deux patients était sous forme d'une occlusion intestinale avec comme plainte principale des douleurs abdominales et arrêt des matières et des gaz. L'asymétrie de l'abdomen avec la palpation d'une masse à la fosse iliaque droite n'a été objectivé que chez le patient.

Ils ont été pris en charge par une laparotomie, qui reste la voie d'abord dans la plus part de cas (12), avec pariétorraphie avec résection des anses intestinales pour notre patient. Rare auteurs, dans leur études ont eu à recourir à la pariétorraphie mais plus à par la pose de prothèse (9) (12) (7). Mais d'autres auteur, quant à eux, réalisent plus de cure d'herniorraphie par suture aponévrotique que de mise en place d'une prothèse(8) (10).

Selon Jean-Louis Pailler, Tous ces patients doivent en principe faire l'objet d'une réparation chirurgicale de leur paroi abdominale. Dans son expérience personnelle sur 110 cas de grandes éventrations, il recommande la position intrapéritonéale utilisant un matériel fiable et bien toléré au contact des viscères, le polytétrafluoroéthylène expansé(13).

CONCLUSION

L'éventration ou la hernie incisionnelle est une des rares causes d'occlusion intestinale et sa prévention demande un respect des techniques opératoires lors des premières interventions sur la paroi abdominale. La méconnaissance de cette pathologie peut entrainer des complications graves d'une occlusion intestinale notamment une péritonite par sphacèle intestinale.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Eventration intestinale de la patiente n° 1

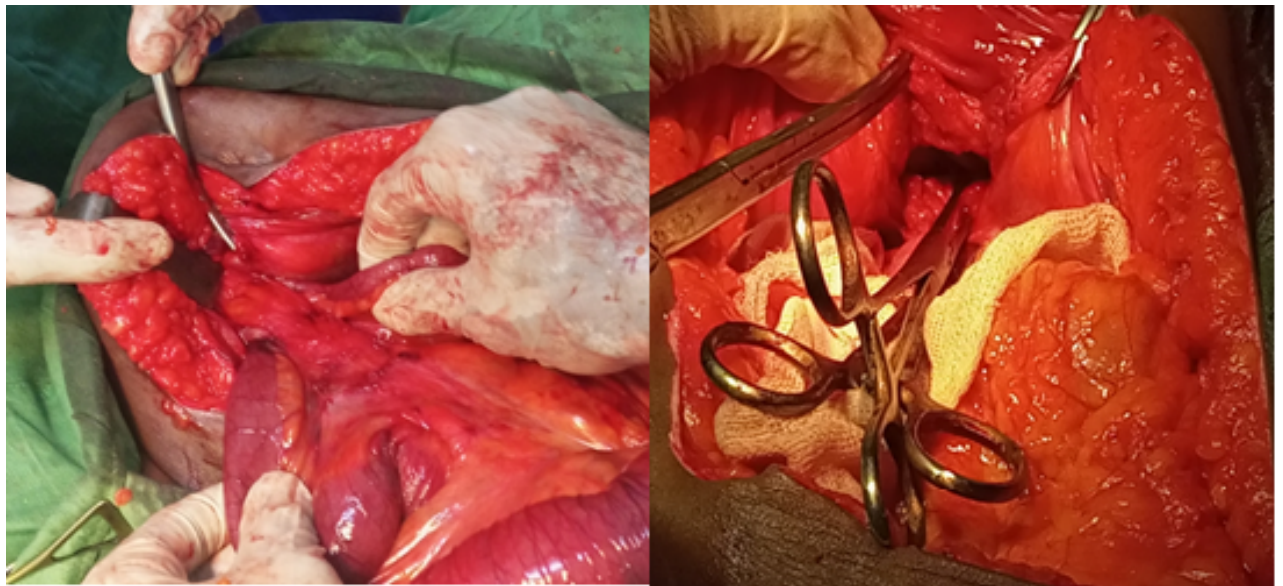


Figure 2 : Résection anastomose termino-termniale de la patiente n° 1

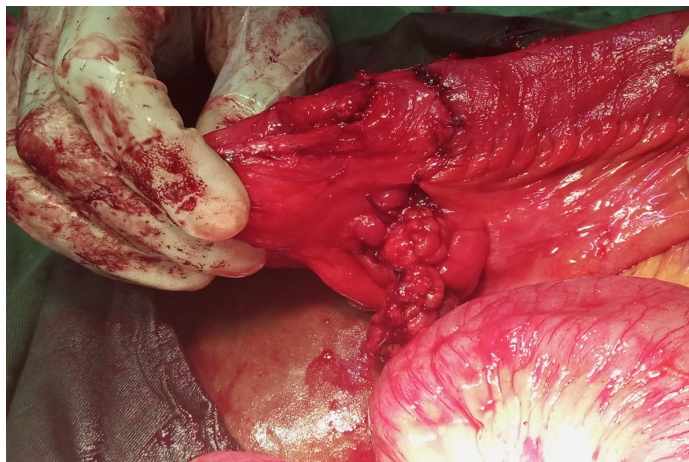


Figure 3 : Cure d'éventration de la patiente n°1



Figure 4 : Echographie abdominale du patient mettant en évidence un léger épanchement intraabdominal



Figure 5 : Radiographie abdomen à blanc du patient n° 2



Figure 6 : Anses incarcérées et sphacélées per opératoire du patient n° 2

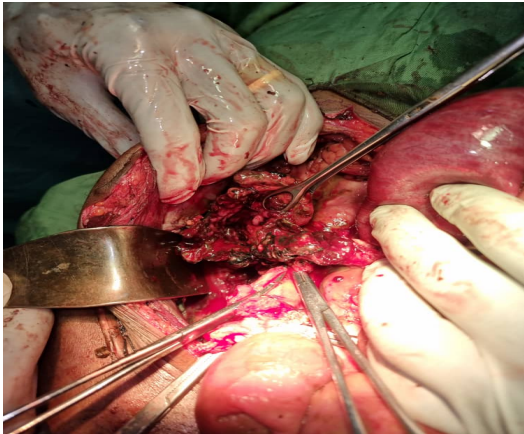
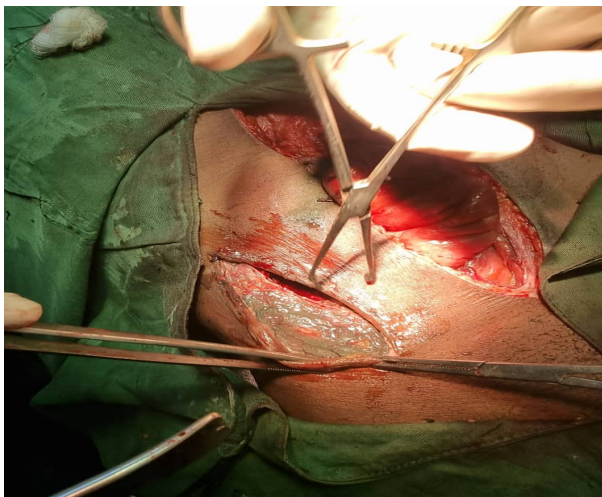


Figure 7 : Réparation de la paroi de la fosse iliaque droite



References

1. Leporrier M. Flammarion médicale. In: Flammarion. 2004. p. 532-4.
2. Chevrel JP, Flament JB. Les éventrations de la paroi. Rapport présenté au 92^{eme} congrès Français de chirurgie. Elsevier Masson. 1 janv 1990;
3. Kefleyesus A, Demartines N, Schäfer M, Allemann P. Chirurgie des hernies de la paroi en 2018 : mise au point. Rev Med Suisse. 2018;
4. Conze J, Prescher A, Klinge U, Saklak M, Schumpelick V. Pièges dans la réparation du maillage rétromusculaire pour la hernie incisionnelle: l'importance du « triangle gras ». Edition Hernie. 2004;8:255-9.
5. Leclerc M du sablon. Eventration, Développement et Santé. aout 1990; Disponible sur: <https://devsante.org/articles/>
6. Berrada S, Mouatacim KE, Kadiri B. Réparations prothétiques des éventrations post-operatoires. 1996;3.
7. JARIR I. Les éventrations médianes de la paroi abdominale (Etude retrospective à propos de 80 cas). Thèse de Médecine, Université Mohammed V - RABAT [Internet]. 2019;(165). Disponible sur: <http://hdl.handle.net/123456789/17443>
8. Traore D, Sanogo S, Coulibaly B, Togola B, Bengaly B. Hernies incisionnelles chez l'adulte dans un contexte sous médicalisé. Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités. 2013;7(3).
9. BADAA S. Cure des éventrations complexes de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. A propos de 16 cas d'éventrations complexes colligés dans le service de chirurgie viscérale I de l'hôpital militaire de rabat durant l'année 2012 à partir de 22 cas d'éventrations . Université Mohammed V - Souissi. 4 juin 2013;Thèse(155).
10. Abourrig A, Louzi A. , Les éventrations postopératoires au CHU Mohamed VI (A propos de 103 cas). 2009;4.
11. Kanté L, TOGO A, Diakité I, Traoré A, Dembele B, Coulibaly Y, et al., Facteurs etiologiques et therapeutiques des eventrations postoperatoires au CHU Gabriel Toure. Mali Médicale. 2010;Tome XXV(4):21-5.
12. El Hajoui F., Prise en charge chirurgicale des eventrations de la paroi abdominale (A propos de 188 cas. Médecine Interne. :176.
13. Pailler JL., Chirurgie des éventrations, Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. Elsevier Masson. : 2000.