



CASE REPORT

Acute intestinal occlusion revealing a left paraduodenal hernia: case report

Louiza IAICHE ACHOUR¹, Zakaria SEOUDI¹, Sara MEHENNI¹, Razika IBAGRACHE¹, Mohamed ALES¹, Abdelkrim ANOU¹

ABSTRACT

Internal hernias are relatively rare, accounting for less than 1% of all abdominal hernias, with paraduodenal hernia being the most common subtype. Left paraduodenal hernia is a particularly rare condition that may constitute a surgical emergency. Its diagnosis is challenging due to its nonspecific clinical presentation and the wide variety of possible symptoms, necessitating careful and close monitoring. Intestinal obstruction is an uncommon presenting complaint. Computed tomography remains the gold standard for definitive diagnosis. Surgical repair, whether via an open or laparoscopic approach, is currently the preferred therapeutic option. We report a case of left paraduodenal hernia diagnosed in the context of intestinal obstruction in a 27-year-old patient managed in our surgical department.

Keywords: internal hernia, left paraduodenal hernia, acute intestinal obstruction.

Faculty of Medicine. University Saad Dahleb Blida
1. Department of visceral and digestive surgery
Douera Hospital - Algeria

Received: 13 Feb 2026

Accepted: 16 Mar 2026

Correspondance to: Louiza IAICHE ACHOUR
E-mail : louisma366@gmail.com

1. INTRODUCTION

La hernie paraduodénale gauche (HPDG) est une hernie interne congénitale rare dans l'histoire médicale [1], souvent asymptomatique, et, du fait du risque d'incarcération toujours possible, les formes diagnostiquées, notamment symptomatiques, sont d'indication opératoire [1,2]. L'occlusion intestinale aiguë (OIA) due à une HPDG est rare, ne représentant que seulement 1 à 5 % des cas [2]. Le diagnostic est souvent difficile, il repose sur la tomodensitométrie (TDM) et le traitement reste chirurgical, faisant appel à une réparation ouverte ; toutefois, de nos jours, la littérature fait mention de cas traités avec succès par chirurgie laparoscopique [3].

Nous rapportons dans cet article un cas illustrant une HPDG compliquée d'une occlusion intestinale aiguë qui a été prise en charge dans notre service de chirurgie, tout en donnant un aperçu sur la littérature. Ce rapport présente une valeur éducative importante afin de mieux décrire la difficulté et la subtilité de reconnaître cette entité particulière. Notre objectif est de mettre en exergue les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette pathologie dont la description est très intéressante.

2. OBSERVATION

Patient âgé de 27 ans, sans antécédents médicochirurgicaux particuliers, tabagique, a consulté aux pavillons des urgences pour l'apparition d'une douleur abdominale généralisée, des vomissements alimentaires avec un arrêt des matières et des gaz depuis plus de 12 heures. L'examen clinique a retrouvé un patient conscient coopérant en état général moyen, apyrétique. Une fréquence cardiaque estimée à 90 battements/minute, une fréquence respiratoire à 15 cycles/minute, et une tension artérielle à 120/80 mmHg.

Un abdomen peu distendu, siège d'une défense au niveau de l'hypochondre gauche et épigastrique, les orifices herniaires étaient libres et le toucher rectal était douloureux. Biologiquement : hyperleucocytose à 14 000 éléments/mm³, un taux d'hémoglobine à 15 g/dl, un taux de lipasémie normal à 13UI/L et un taux de Protéine C Réactive à 60 mg/L. Le reste du bilan biologique ainsi que l'ionogramme sanguin était sans anomalie, un abdomen sans préparation n'a pas objectivé des niveaux hydro-aériques complétés par une TDM abdomino-pelvienne qui a mis en évidence une distension des anses grêles jéjunales et iléales étendue de l'hypochondre gauche à la fosse iliaque gauche de disposition circulaire réalisant un sac para-duodéal mesurant 99 mm × 141 mm × 222 mm évoquant une hernie interne para-duodénale gauche concluant à une occlusion intestinale grêlique sur hernie interne para-duodénale gauche (figure 1A, 1B).



Figure 1. Image tomodensitométrique montrant un amas d'anses grêles et occlusion intestinale en boucle fermée (flèches jaunes). (A) : coupe frontale. (B) : coupe axiale.

Le patient a été opéré, l'exploration peropératoire avait retrouvé un sac herniaire interne paraduodéal gauche contenant des anses jéjunales distendues incarcérées dans la fossette de Landzert. Après l'excision du sac, on met en évidence des anses grêles dilatées et œdémateuses d'aspect viable. Le colon était collabé, une libération des anses et une fermeture de l'orifice herniaire par des sutures simples ont été effectuées (figure 2A, 2B, 2C). Les suites opératoires étaient simples; le patient est sorti à J4 d'hospitalisation, il a été régulièrement suivi en consultation avec un recul de 10 mois, le patient est totalement asymptomatique, aucun signe de récurrence n'a été signalé.

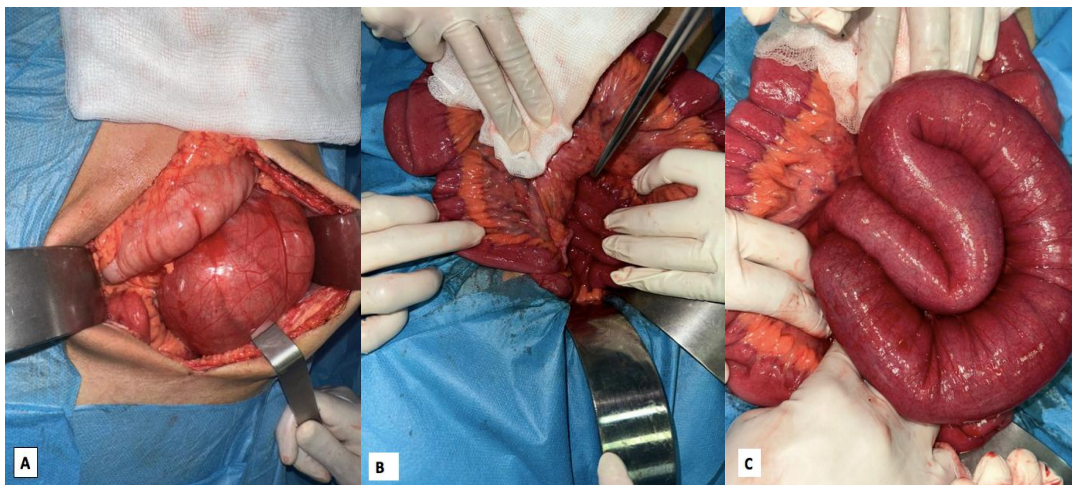


Figure 2. Images peropératoires. (A) : sac herniaire paraduodéal gauche. (B) : fossette de Landzert. (C) : les anses jéjunales distendues incarcérées dans le sac.

3. DISCUSSION

Les hernies internes (HI) sont assez rares, représentent moins de 1 % de toutes les hernies abdominales. On distingue six types de HI catégorisées selon le paramètre localisation : la hernie paraduodénale, péri-caecale, transmésentérique, la hernie du foramen de Winslow, transigmoïdienne, et la hernie para vésicale [4,5]. Ces dernières sont responsables de 0,2 à 0,9 % d'OIA [5,6]. La hernie paraduodénale est une affection connue décrite pour la première fois par Václav Treitz en 1857 [7], dont la localisation gauche est trois fois plus fréquente que son homologue à droite [5,7], plus communément notée chez les hommes [4,7-10]. Anatomiquement, les fossettes duodénales sont des replis péritonéaux dont le développement d'une hernie peut relever de trois mécanismes : défaut d'accolement du péritoine, replis d'origine vasculaire (les vaisseaux soulèvent les feuillets péritonéaux créant ainsi les fossettes) ou bien ces deux mécanismes associés [8]. La HPDG présume un défaut d'accolement des feuillets péritonéaux du fascia de Treitz [1]. Pour clarifier, la fossette de Landzert est un récessus péritonéal congénital qui se forme suite à la fusion incomplète du mésocôlon descendant avec le péritoine pariétal postérieur au cours du développement embryonnaire. Il se situe à gauche de la quatrième portion du duodénum [10-12], son orifice se trouve immédiatement en dessous de la jonction duodéno-jéjunale, est délimité antérieurement par la veine mésentérique inférieure et la branche ascendante de l'artère colique gauche [8,10,11].

Bien que les HPDG puissent être identifiées tôt, elles peuvent aisément passer inaperçues, rester méconnues et latentes des années. L'absence de symptomatologie spécifique et de facteurs d'orientation anamnestiques rend le diagnostic notoirement difficile et conduit au recours à des examens complémentaires pour étayer le diagnostic devant des douleurs abdominales aiguës (en cas d'obstruction intestinale, posant un défi diagnostique aux cliniciens [10,13]. Comme c'est le cas de notre patient, où le diagnostic a été révélé par une OIA. De ce fait, le diagnostic de cette pathologie est un véritable challenge, la TDM abdominale est un outil diagnostique utile [4,8,10,12,14], révélant plusieurs signes radiologiques caractéristiques, à savoir un amas d'anses grêles, une masse encapsulée de forme sacculaire au niveau du ligament de Treitz, un enfoncement de la jonction duodéno-jéjunale, un effet de masse sur la paroi postérieure de l'estomac, une congestion des vaisseaux mésentériques avec un déplacement fréquent de la veine mésentérique inférieure, délimitant l'orifice herniaire [8,13,14]. Ces hernies présentent un risque de complication de 50 % au cours de la vie, telles que l'étranglement et l'incarcération [4,15], des conditions potentiellement graves impliquant un taux de mortalité globale allant de 20 à 50 % dans des cas compliqués [5,8,16-18]. Néanmoins, dans une revue systématique, Schizas et al. ont démontré que le taux de morbidité et de mortalité périopératoire, y compris chez les patients souffrant d'étranglement intestinal, était respectivement de 14,5% et 1,4 % soit bien inférieur aux taux rapportés précédemment [5].

La prise en charge des hernies paraduodénales repose sur les modalités chirurgicales et les principes classiques de la chirurgie herniaire : réduction du contenu hernié, excision du sac herniaire, restauration de l'anatomie normale et réparation de l'orifice par des sutures simples [4,10]. Les options chirurgicales sont fondamentalement la chirurgie ouverte et la chirurgie laparoscopique, pleinement soutenue comme une alternative convaincante, jugée adaptée, sûre et efficace dans des cas soigneusement évalués à une époque de domination de la chirurgie mini-invasive et dont le premier rapport d'une réparation laparoscopique réussie a été rapporté par Uematsu et al. en 1998 [10,19]. En examinant les tendances actuelles, la laparoscopie est privilégiée [6]. Cependant, la décision reposait sur un certain nombre de facteurs, notamment les conditions de chaque patient, l'expérience et l'expertise de l'équipe chirurgicale en matière d'interventions laparoscopiques. Quelle que soit l'approche, une chose est sûre: les résultats à long terme sont similaires pour les deux approches. Ceci a été décrit dans quelques cas de séries sans aucune preuve comparative [18,19,21]. En cas de complication à type d'occlusion intestinale aiguë, d'ischémie ou de perforation, une laparotomie est préférable, comme dans le cas de notre patient qui avait un tableau d'OIA. Ce choix était conscient, fondé sur le bon sens, car les conditions préalables à une chirurgie mini-invasive n'étaient pas remplies en tenant compte de la situation de notre patient et du plateau technique disponible.

4. CONCLUSION

Une hernie paraduodénale gauche est une hernie interne présentant un défi diagnostique en raison de leurs présentations variées et de leur rareté. Celle-ci doit être évoquée chez le sujet jeune présentant des antécédents d'épisodes récurrents de douleur abdominale. Le scanner abdominal demeure incontestablement l'examen de référence, et la réparation chirurgicale est indispensable afin de prévenir des complications qui peuvent être mortelles.

Consentement éclairé du patient obtenu avec anonymisation formelle.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. Mizouni A, Harrabi F, Farhat W, et al. Hernie para duodénale gauche: une cause rare d'occlusion intestinale aiguë. *Pan Afr Med J.* 2020;36:326. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.326.24958>
2. Deflaoui T, Derkaoui A, Hassani M, et al. Left anterior paraduodenal hernia: a rare observation and clinical implications. *J Surg Case Rep.* 2025;3:rjaf120. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaf120>
3. Wassef E, Al-Khaldi M, Dagbert F. Left paraduodenal hernia, a diagnostic challenge. *J Surg Case Rep.* 2025;8:rjaf669.
4. Moshref LH, et al. Left paraduodenal hernia: a rare cause of recurrent abdominal pain: case report. *Pan Afr Med J.* 2021;40:135. <https://doi.org/10.48087/BJMS.2021.40.135.32065>
5. Schizas D, Apostolou K, Krivan S, et al. Paraduodenal hernias: a systematic review of the literature. *Hernia.* 2019. <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01947-3>
6. Feghoul N, Seoudi Z. What about a strangulated broad ligament hernia? Case experience. *Batna J Med Sci.* 2024;11(4):538-541. <https://doi.org/10.48087/BJMS.2024.11426>
7. Anklowitz A, Livezey J, Hoppe SW, et al. The intra-abdominal zebra, paraduodenal hernias resulting in small bowel obstructions: a case series. *J Surg Case Rep.* 2024;8:rjae534.
8. Ben Moussa M, Nouhi I, Lachgar T, et al. A paraduodenal hernia revealed by bowel obstruction: case report and literature review. *Pan Afr Med J.* 2018;31:120. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.31.120.13538>
9. Alila M, Marouni A, Toughrai I. Hernie paraduodénale gauche: une cause rare d'occlusion intestinale. *Pan Afr Med J.* 2017;28:32. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.32.13497>
10. Giordano G, La Mirata E, Politi V, et al. Left paraduodenal hernia in a young patient with recurrent abdominal pain: a case report and short literature review. *Am J Case Rep.* 2022;23:e935413. <https://doi.org/10.12659/AJCR.935413>
11. Deshmukh I, Patel A, Saikali Y, et al. Diagnosis and surgical management of Landzert's paraduodenal hernia. *Cureus.* 2025;17(5):e83575. <https://doi.org/10.7759/cureus.83575>
12. Vanmali A, Maharajh J, Haines M. Left paraduodenal hernia: embryological and radiological findings. *S Afr J Radiol.* 2021;25(1):a1979. <https://doi.org/10.4102/sajr.v25i1.1979>
13. Trieu TD, Le QV, Nguyen HV. Open surgery treatment of a rare cause of intestinal obstruction: left paraduodenal hernia. *Int Med Case Rep J.* 2021;14:11-14. <https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S295622>
14. Alshdaifat BI, Alhayali DM, Alani OS, et al. Left paraduodenal hernia: a challenging diagnosis in intestinal obstruction. *Cureus.* 2025;17(5):e83540. <https://doi.org/10.7759/cureus.83540>
15. Falk GA, Yurcisin BJ, Sell HS. Left paraduodenal hernia: case report and review of the literature. *BMJ Case Rep.* 2010. <https://doi.org/10.1136/bcr.04.2010.2936>
16. Muhonen J, Hsu M, Sturdivant M, et al. Identification and repair of left-sided paraduodenal hernia using both laparoscopic and robotic techniques. *Case Rep Surg.* 2020;2020:7569530. <https://doi.org/10.1155/2020/7569530>
17. El Messaoudi I, Laalou A, Aragon O, et al. Left paraduodenal hernia: rare cause of acute intestinal obstruction. *Asian J Case Rep Surg.* 2024;7(1):13-16.
18. Gökçal F, Akdamar F, Çelenk Y, et al. A case report of left paraduodenal hernia diagnosed preoperatively and treated laparoscopically. *Turk J Surg.* 2018;34(3):243-246. <https://doi.org/10.5152/turkjsurg.2017.3322>
19. Manojlović D, Čekić N, Palinkaš M. Left paraduodenal hernia – a diagnostic challenge: case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;85:106138. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106138>
20. Xue Y, Liu C, Lin B, et al. Large left paraduodenal hernia identified and repaired by laparoscopy: a case report. *J Int Med Res.* 2023;51(4):1-5. <https://doi.org/10.1177/03000605231159967>
21. Charara RH, Ibrahim R, Fahda A, et al. Laparoscopic left paraduodenal hernia repair: a case report. *Radiol Case Rep.* 2024;19:3329-3333. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2024.04.073>