

OBSERVATION CLINIQUE

HERNIE INGUINO-SCROTALE GEANTE DE L'ADULTE: UNE OBSERVATION CLINIQUE

GIANT INGUINOSCROTAL HERNIATION OF ADULT: A CASE REPORT

P. Kavira Ise Somo^{1,2}, D. Alumeti Munyali^{1,2}, L. Luhiriri Ndanda^{1,2}, JP. Cikwanine Buhendwa^{1,2}, Ahuka OL^{1,2}

¹Faculté de Médecine, Université Evangélique en Afrique (UEA-Bukavu), Sud Kivu, RD Congo

²Département de Chirurgie, Hôpital Général de Référence de Panzi (HGR-Panzi), Sud Kivu, RD Congo

Auteur correspondant : P. Kavira Ise Somo

Téléphone : +243997745825 / +243899252000

E-mail : kavisesomo@gmail.com

RESUME

Nous rapportons une observation clinique d'un patient âgé de 44 ans ayant présenté une hernie inguino-scrotale droite géante. Il avait été référé très tardivement au stade de fistulisation de la tuméfaction inguinale. Celle-ci évoluait depuis 2 ans faute de moyens financiers et était devenue irréductible et douloureuse. L'examen physique avait noté un état général altéré par un amaigrissement non

chiffré. Les bourses étaient douloureuses et augmentées de volume, mesurant environ 35 cm de grand diamètre sur 15 cm. La masse était de consistance molle, ne prenant pas le godet, irréductible, non impulsive et à transillumination négative. L'intervention chirurgicale avait découvert une nécrose du caecum, de l'appendice et du colon transverse incarcérés à travers l'orifice inguinal profond droit indiquant

une hémicolectomie segmentaire droite emportant l'iléon terminal, suivie d'une anastomose iléo-transverse termino-latérale. La nécrose du testicule droit avait en outre imposé son ablation. Une double antibiothérapie post opératoire avait été administrée par voie parentérale. Les suites opératoires avaient été satisfaisantes.

Mots-clés : Hernie inguino-scrotale géante – Etranglement herniaire - Nécrose intestinale - Résection-anastomose

ABSTRACT

We report a clinical case of a 44-year-old patient who presented a right giant inguinoscrotal hernia. The patient was referred very late, after two years of evolution, due to lack of financial resources, when the swelling had already produced a fistula and the hernia had become incarcerated and painful. Physical examination showed a bad general condition with loss of weight. The

scrotum was painful and increased in volume measuring about 35 cm per 15 cm, presenting an infected wound. The mass was soft, non-scooping, irreducible, non-impulsive and negative transillumination. Surgery found necrosis of the cecum, appendix, and transverse colon, incarcerated through the right deep inguinal opening, indicating a right segmental hemicolectomy carrying the

terminal ileum, followed by an ileo-transverse termino-lateral anastomosis. Necrosis of the right testicle had also necessitated its removal. Dual postoperative antibiotic therapy was administered parenterally. The postoperative course was satisfactory.

Keywords: - Giant inguinoscrotal hernia - Hernial strangulation - Intestinal necrosis - Anastomosis resection

INTRODUCTION

La hernie inguinale se définit comme le passage d'une portion de péritoine contenant éventuellement des viscères abdominaux au travers du canal inguinal ou directement au travers des muscles abdominaux [1]. Près de 95 % des hernies de l'aine sont des hernies inguinales qui affectent surtout le sujet masculin entre 20 et 60 ans [2-4]. Elles représentent 10 % des interventions en chirurgie digestive. C'est une des pathologies les plus fréquentes en chirurgie générale particulièrement en Afrique où elle touche environ 4,6 % de la

population. Son diagnostic est simple, mais le traitement chirurgical ne doit souffrir d'aucun retard, du fait du risque de survenue de complications redoutables pouvant être mortelles [5]. Les hernies inguinales géantes sont définies comme celles qui s'étendent en dessous du milieu de la cuisse en position debout [6]. Une définition plus ancienne les décrit comme de taille supérieure à la moyenne de la tête humaine [7]. De telles hernies géantes sont rares dans la pratique chirurgicale moderne. Non seulement ils posent des problèmes

spéciaux de prise en charge, mais ils reflètent aussi l'ignorance et la négligence de problèmes chirurgicaux potentiellement dangereux dans les pays en voie de développement. L'objectif de ce travail était de présenter un cas rare de hernie inguinale géante droite afin d'interpeller les acteurs impliqués dans la facilitation de l'accessibilité aux soins de santé et éviter de telles complications par un traitement précoce de la hernie inguinale.

PRESENTATION DU CAS

Nous avons reçu au service des urgences de l'hôpital général de référence de Panzi (HGR Panzi), un patient de sexe masculin, âgé de 44 ans, marié et père de quatre enfants qui avait été transféré pour une hernie inguino-scrotale géante droite. L'histoire de sa maladie remontait à 2 ans par une tuméfaction inguino-scrotale non douloureuse, réductible et impulsive, opérée à l'hôpital général de référence de Kamituga le 8 décembre 2017. L'augmentation rapide du volume de la tuméfaction ainsi que l'apparition de la douleur une semaine après l'intervention avaient motivé la consultation à l'HGR Panzi en date du 13 décembre 2017 pour une prise en charge adéquate (Figure 1). L'examen physique avait noté un état général altéré par un amaigrissement non chiffré. Les bourses étaient augmentées de volume, douloureuses, mesurant environ 35 cm de grand diamètre sur 15

cm. La masse était de consistance molle, ne prenant pas le godet, irréductible, non impulsive et à transillumination négative, avec en regard une plaie infectée dans la région inguinale droite d'environ 5 cm de diamètre et 1 cm de profondeur, à bords irréguliers, faisant sourdre des matières entérales.

Le diagnostic de hernie inguino-scrotale géante droite avait été retenu, ce qui avait indiqué une intervention chirurgicale consistant en une laparotomie exploratrice et une exploration scrotale. Le bilan préopératoire avait révélé une hyperleucocytose à prédominance granulocytaire.

Une laparotomie exploratrice et une exploration scrotale avaient été réalisées, ce qui avait permis d'observer une incarceration du caecum, de l'appendice et du colon transverse à travers l'orifice inguinal profond droit, avec nécrose

indiquant une colectomie segmentaire droite emportant l'iléon terminal, suivie d'une anastomose iléo-transverse termino-latérale (Figure 2).

L'exploration de la région inguino-scrotale avait permis l'extirpation des anses nécrosées contenues dans la bourse et l'orchidectomie du testicule droit dévitalisé avait été réalisée (Figure 3). Après nettoyage abondant au sérum physiologique, les sutures des plaies abdominale et scrotale sur drain avaient été réalisées (Figure 4).

Une double antibiothérapie postopératoire par voie parentérale avait été instaurée (ceftriaxone et métronidazole). Les suites opératoires avaient été marquées par une infection de la plaie opératoire inguino-scrotale dont l'évolution avait été bonne. La sortie avait été autorisée au 36^{ème} jour postopératoire.

DISCUSSION

Ce cas clinique concerne un patient de sexe masculin avec une tuméfaction inguino-scrotale géante affectant le côté droit. Ce patient était cultivateur, mais à cause de cette hernie géante, il ne savait plus vaquer à ses occupations. La gêne fonctionnelle qu'engendrent les hernies volumineuses dans les activités quotidiennes constitue le principal motif de consultation. Dans la série de Sanders et al. [8], 66 % des patients portaient des hernies volumineuses de type H3 ou H4 (selon la classification clinique des hernies définie par Kingsnorth [9]), 64 % avaient leurs activités fortement réduites et 16,3 % étaient incapables de travailler. Les complications telles que l'étranglement, l'engouement ou l'irréductibilité constituent d'autres motifs courants de consultation. L'usage des prothèses est peu développé et les taux de récurrences sont encore élevés en Afrique. Les hernies géantes, c'est-à-dire descendant au-dessous du milieu de la cuisse, sont habituellement observées après des années de négligence [10-14]. Elles sont le résultat d'un affaissement de la paroi postérieure du canal inguinal, laissant place à un anneau béant avec une viscéroptose importante. La prise en charge comporte une morbidité et une mortalité significatives, liées pour l'essentiel à la réduction forcée des anses intestinales dans une cavité abdominale longtemps déshabité.

Le testicule droit de ce patient n'était pas viable et a été enlevé. Le sexe masculin et la prédominance du côté droit ont été rapportés par de nombreux auteurs au sujet de la hernie inguinale [2-4, 15-18]. Dans les cas rapportés par ces auteurs, les testicules étaient viables et avaient été conservés.

Notre cas avait traîné depuis deux ans faute de moyens financiers, mais aussi par ignorance et des risques évolutifs de la hernie inguinale. Ce résultat corrobore d'autres études réalisées dans les pays africains et en Inde. Kamate et al. [15] avaient rapporté un cas clinique de hernie inguino-scrotale étranglée et fistulisée à Kinshasa en République Démocratique du Congo. Les auteurs avaient trouvé que le patient avait été référé très tardivement faute de moyens financiers. Tapsoba et al en Côte d'Ivoire [19], Chirdan et al au Nigeria [16], et Roshan et al en Inde [17] avaient indiqué que l'ignorance des risques évolutifs de la hernie inguinale était à la base du retard à consulter.

Dans notre observation, nous avons noté une incarceration du caecum, de l'appendice et du colon transverse à travers l'orifice inguinal profond droit, avec nécrose de ces organes. Ceci a indiqué une colectomie segmentaire droite emportant l'iléon terminal suivi d'une anastomose iléo-transverse termino-latérale et une fermeture en interne de

l'orifice inguinale profond. L'exploration de la région inguino-scrotale a permis l'extirpation des anses contenues dans la bourse et une orchidectomie du testicule droit dévitalisé. Tapsoba et Harouna [19,20] ont rapporté chacun un cas de hernie associée à un testicule nécrosé qui avait motivé une orchidectomie. Dans l'observation de Kamate et al, le testicule n'était pas concerné [15].

Contrairement à l'observation de Shahbaz [21] qui avait trouvé environ 100 ml de pus dans la cavité abdominale, nous avons trouvé une cavité péritonéale propre, malgré une anse iléale perforée dans le sac herniaire. Notre patient a présenté une hernie inguinale compliquée d'un phlegmon pyostercoral.

Une résection anastomose termino-latérale de l'anse iléale herniée et une double antibiothérapie (ceftriaxone et métronidazole) post opératoire par voie parentérale ont permis une évolution clinique satisfaisante pour notre patient. Kamate, Chirdan, Roshan et Ahmed [15-17, 22] ont décrit des cas similaires alors que Tapsoba [19] a rapporté une extension postopératoire du phlegmon qui avait motivé une reprise chirurgicale pour débridement associé à une dérivation des selles par colostomie.

Sowande [18] a rapporté une résection-anastomose intestinale termino-terminale par un abord inguinal alors que d'autres

auteurs préféreraient comme nous traiter les lésions par une laparotomie médiane sous ombilicale.

CONCLUSION

La hernie inguinale mérite une prise en charge chirurgicale en milieu spécialisé avant la survenue de toute complication. Etant donné le fardeau socioéconomique des hernies géantes, la simplicité de la

prise en charge chirurgicale de la hernie inguinale non compliquée ainsi que le bon pronostic postopératoire, cette observation clinique devrait interpeller les différents acteurs impliqués dans l'accessibilité aux

soins de santé en milieu rural congolais. La présentation de ce cas montre aussi la complexité de la prise en charge tardive et souligne la nécessité d'une formation continue du personnel de santé à ce sujet.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en rapport avec cet article

REFERENCES

1. Faure JP, Carretier M, Richer JP. Comment se forme une hernie abdominale ? La revue du praticien 2003 ; 53(15) :1639-1644.
2. Ananian P, Barrau K, Balandraud P, Le Treut YP. Cure chirurgicale des hernies inguinales de l'adulte : enjeux cliniques, fonctionnels et économiques des pratiques chirurgicales. J Chir. 2006 ; 143(2) :76-83.
3. McGillicuddy JE. Prospective randomized comparison of the Shouldice and Lichtenstein hernia repair procedures. Arch Surg 1998 ; 133:974-978.
4. Primatesta P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. Int J Epidemiol 1996 ; 25:835-839.
5. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. The Lancet. 2003 Nov 8; 362(9395):1561-71.
6. Hodgkinson DJ, McIlrath DC. Scrotal reconstruction for giant inguinal hernias. Surg Clin North Am 1984 ; 64:307e13.
7. Davey WW. Giant inguinal hernia. In : Adeloje A, editor. Davey's companion to surgery in Africa. 2nd Ed. Edinburgh : Churchill Livingstone ; 1987. p. 391-3.
8. Sanders DL, Porter CS, Mitchell KCD, Kingsnorth AN. A prospective cohort study comparing the African and European hernia. Hernia 2008 ; 12 :527-9.
9. Kingsnorth AN. A clinical classification for patients with 156 inguinal hernia. Hernia 2004 ; 8 : 283-4.
10. Kovachev LS, Paul AP, Chowdhary P, Choudhary P, Filipov ET. Regarding extremely large inguinal hernias with a contribution of two cases. Hernia 2010 ; 14 : 193-7.
11. Vasiliadis K, Knaebel HP, Djakovic N, Nyarangi-Dix J, Schmidt J, Büchler M. Challenging surgical management of a giant inguinoscrotal hernia: report of a case. Surg Today 2010 ; 40 : 684-7.
12. Mehendal FV, Taams KO, Kingsnorth AN. Repair of a giant inguinoscrotal hernia. Br J Plast Surg 2000 ; 53 : 525-9.
13. Beitler JC, Gomes SM, Coelho ACJ, Manso JEF. Complex inguinal hernia repairs. Hernia 2009 ; 13 : 61-6.
14. Berlmont M. Pneumoperitoneum as a cure for enormous irreducible hernias. Mem Acad Chir (Paris) 1995 ; 78 : 77-8.
15. Kamate K, Mputu JB, Kazadi T. Hernie inguino-scrotale étranglée et fistulisée : Une observation clinique. Annales Africaines de Médecine 2016 ; 9 (4) : 2441-2444.
16. Chirdan LB, Uba AF, Dakum NK. Spontaneous scrotal faecal fistula in a neonate : report of a case. Nigerian Journal of Surgical Research 2004 ; 6 (1-2) : 59-60.
17. Roshan KT, Maletha M, Tandon R. Neonatal incarcerated inguinal hernia with spontaneous scrotal faecal fistula. J Pediatr Surg 2009 ; 44(9) : 1846-1847.
18. Sowande OA, Adejuyigbe O, Ogundoyin OO, Uba AF, Chinda JY. Spontaneous scrotal faecal fistula : A rare complication of incarcerated inguinal hernia in infancy. Journal of India Association of Pediatric surgery 2006 ; 11(4) : 244-245.
19. Tapsoba W, Nandiolo-Anelone KR, Baonkolé SR. Conséquences redoutables d'une hernie étranglée négligée au CHU de Treichville, Rev int sc méd 2012; 14 (1) : 110-113.
20. Harouna Y, Gamatie Y, Abarchi H, Bazira L. Les hernies inguinales de l'enfant : Revue de la littérature. Médecine d'Afrique Noire 2001 ; 48(5) : 199-203.
21. Shahbaz HF, Bushra S, Mohd AK, Afzal A, Asmat AS. Supra pubic fecal fistula due to Richter inguinal hernia : A case report and review of littérature. Iranian Journal of Medical Sciences 2013 ; 38(2) : 129-131.
22. Ahmed EA, Awotula OP, Amoah JN. Spontaneous scrotal faecal fistula in infants. Pediatr Surg Int 2002 ; 18(5-6) : 524-525.

Photos



Figure 1. Hernie inguino-scrotale géante droite fistulisée

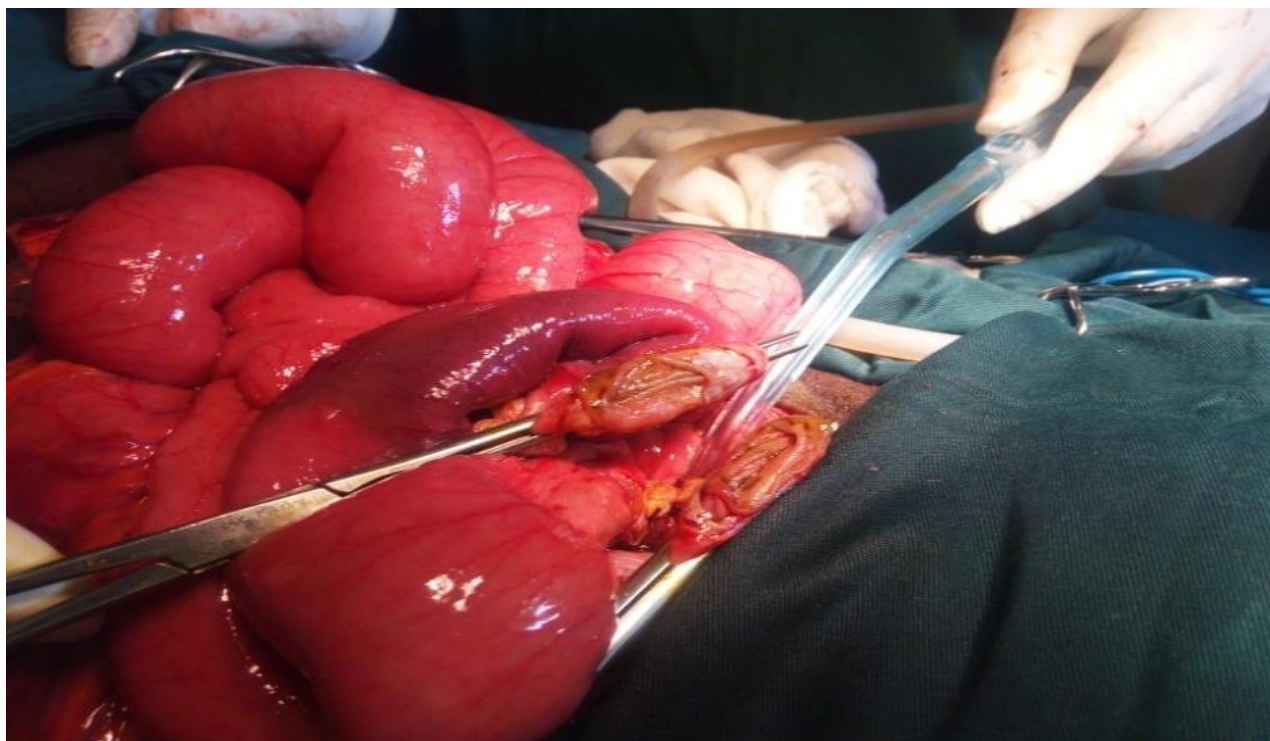


Figure 2. Laparotomie, résection-anastomose

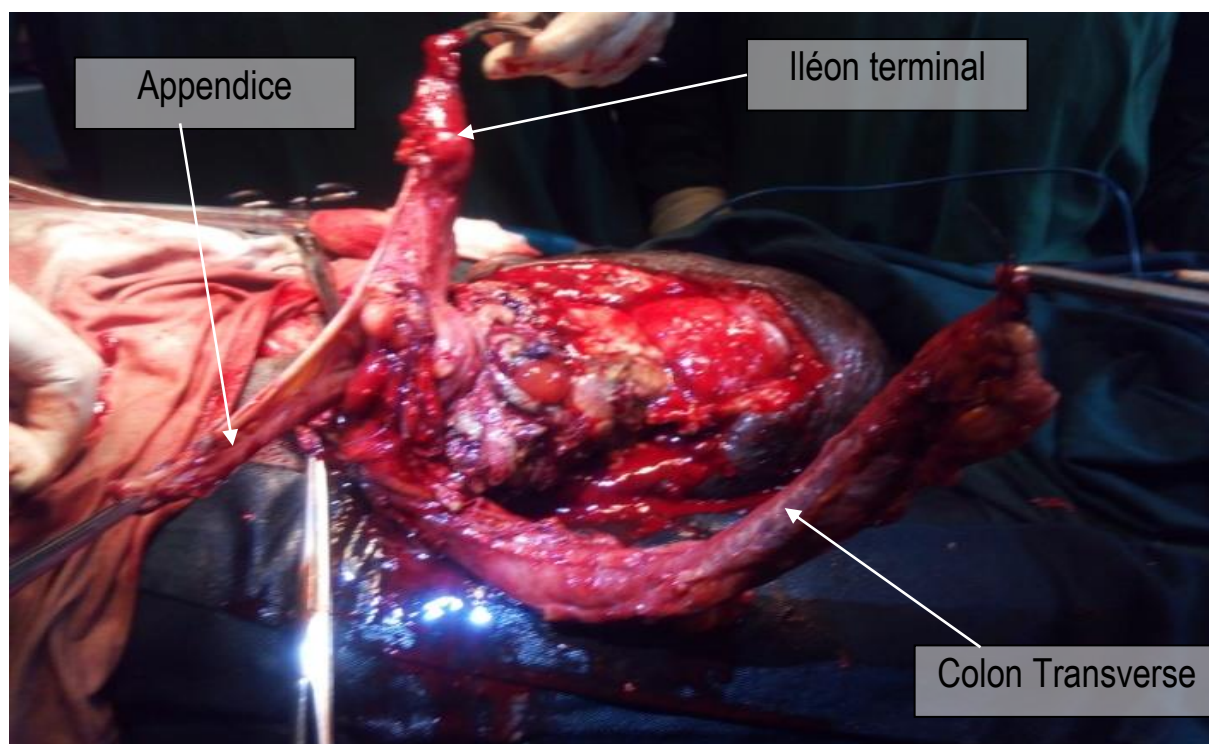


Figure 3. Exploration scrotale : anses incarceratedées



Figure 4. Fermeture scrotale