

Hernie inguino-scrotale étranglée et fistulisée : une observation clinique

A strangulated and fistulised inguino-scrotal herniation: a clinical observation

Kamate K¹, Mputu JB¹, Kazadi T¹.

Correspondance

Dr Kamate Kirauli

Service de Chirurgie Pédiatrique, Département de Chirurgie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa 11. RD Congo.

Tél: 09 98 84 58 96. Email:

E-mail : kkirauli@yahoo.com

Summary

A case of a 5 year-old boy who presented an inguinoscrotal hernia since the neonatal period is reported. The patient was referred very late due to lack of financial resources; the parents brought the infant at the hospital only when he had already presented strangulation secondarily complicated by phlegmon and fistulisation in the scrotum. Intra operatively, we noticed perforation of the herniated bowel, perforation from which stercoral secretions flowed out through the scrotum. The ipsilateral testicle was not seen. The surgical treatment consisted of resection and anastomosis of the involved segment of bowel associated to debridement of the scotum. The clinical course was satisfactory.

Key words: Infant, strangulated inguinal hernia, pyostercoral phlegmon, fistulisation

Article information

Received date: 27 January 2015

Accepted date: 13 June 2016

1 Service de Chirurgie Pédiatrique des Cliniques Universitaires de Kinshasa

Résumé

Nous rapportons une observation clinique d'un garçon âgé de 5 ans ayant présenté depuis la période néonatale, une hernie inguino-scrotale droite. Il a été référé très tardivement, seulement au stade de la fistulisation (par des sécrétions verdâtres) de la tuméfaction inguinale devenue irréductible et douloureuse évoluant depuis 3 jours, faute de moyens financiers. L'examen physique avait montré des bourses inflammées présentant à l'hémi scrotum droit un cratère faisant sourdre des sécrétions stercorales sans que le testicule homolatéral ne soit individualisé. L'intervention chirurgicale avait découvert une anse iléale incarcérée au niveau de l'orifice inguinal profond et présentant à son bord anti-mésentérique une perforation par laquelle s'écoulaient les sécrétions stercorales à travers le scrotum. La prise en charge chirurgicale a consisté en une résection – anastomose iléale termino-terminale et un débridement de l'hémi scrotum droit. Les suites opératoires ont été satisfaisantes.

Mots-clés : Enfant, hernie inguinale étranglée, phlegmon pyostercoral, fistulisation.

Historique de l'article

Reçu le 27 janvier 2015

Accepté le 13 juin /2016

Introduction

La hernie inguinale chez l'enfant est une des anomalies de régression du canal péritonéo-vaginal. Non compliquée, sa prise en charge précoce est simple et son pronostic est bon au point que la tendance actuelle est d'opérer précocement les enfants avant la survenue de toute complication y compris les grands prématurés (1-4). En République Démocratique du Congo (RDC), à cause des multiples facteurs qui interfèrent, plusieurs enfants grandissent encore avec cette pathologie. Les auteurs rapportent un cas de hernie inguino-scrotale étranglée secondairement fistulisée, une complication inhabituelle et rarement observée de nos jours. L'objectif de ce travail est d'interpeller les acteurs impliqués dans la facilitation de l'accessibilité aux soins de santé de l'enfant pour éviter cette complication par un traitement précoce de la hernie inguinale non compliquée.

Observation clinique

Nous avons reçu au service des urgences des Cliniques Universitaires de Kinshasa, un garçon âgé de 5 ans qui a été transféré pour hernie inguino-scrotale étranglée. L'histoire de sa maladie rappelle une tuméfaction intermittente et indolore à la région inguino-scrotale droite évoluant depuis la période néonatale sans traitement. Une semaine avant son admission à l'hôpital, la tuméfaction inguinale était devenue d'abord irréductible puis douloureuse. C'est finalement la survenue des sécrétions verdâtres et malodorantes au niveau des bourses en dépit d'un séjour de trois jours dans un centre médical périphérique du quartier, qui avait motivé son transfert tardif aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. L'examen physique a noté un patient pleurnichant, aux conjonctives palpébrales modérément colorées, avec une tachycardie et une polypnée régulières respectivement à 100 battements et à 28 cycles par minute.

Les bourses étaient augmentées de volume, rougeâtres, chaudes et douloureuses présentant à l'hémi scrotum droit un cratère d'environ 2 cm de diamètre faisant sourdre des sécrétions stercorales (figure 1). Le testicule droit n'a pas été individualisé.



Figure 1. Cratère au sein des bourses inflammées

L'hypothèse d'une hernie inguino-scrotale droite étranglée et fistulisée compliquant un canal péritonéo-vaginal persistant a été retenue.

Sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale, par une laparotomie médiane sous ombilicale, une anse iléale incarcérée au niveau de l'orifice inguinale profond droit avait été

decelée (figure 2). Après sa libération, une perforation aux bords irréguliers sur environ 70% de la circonférence à son bord anti-mésentérique, a été découverte.



Figure 2. Anse iléale incarcérée

Après régularisation des berges intestinales, une anastomose termino-terminale aux points séparés en un plan a été réalisée, l'orifice inguinale profond au vicryl 2 0 a été fermé et la paroi abdominale a été fermée plan par plan.

Au niveau des bourses, la cavité néoformée a été rincée par du sérum physiologique bétadiné avant de racler ses parois et de régulariser ses bords (figure 3). Le testicule droit n'a pas été individualisé.



Figure 3. Scrotum débridé

Le patient a bénéficié d'une double antibiothérapie pré, per et postopératoire faite de ceftriaxone et de métronidazole.

Les suites opératoires ont été simples avec une cicatrisation de la plaie abdominale en première intention en 10 jours et une cicatrisation dirigée de la plaie scrotale au bout de 21 jours.

Discussion

Le cas clinique présenté concerne un patient de sexe masculin âgé de 5 ans ayant trainé une hernie inguino scrotale droite depuis la période néonatale. Il a été amené par ses parents plusieurs années après le constat de la complication infectieuse de la maladie, faute des moyens financiers disaient-ils, alors que Tapsoba en Côte d'Ivoire, Chirdan au Nigeria et Roshan en Inde (3-5) estiment que c'est l'ignorance par les parents des risques évolutifs de la hernie inguinale qui est à la base du retard à la consultation. Le sexe masculin et l'affection du coté droit chez notre patient sont également rapportés par tous les auteurs lus au sujet de la hernie inguinale étranglée et fistulisée. Dans les cas rapportés par Chirdan, Roshan, Sowande (4-6), les testicules étaient viables et ont été conservés. Tapsoba et Harouna (3, 7) ont rapporté chacun un cas de testicule nécrosé qui a motivé une orchidectomie. Pour notre observation, les traces du testicule homolatéral à l'étranglement herniaire n'ont pas été retrouvées. Nous pensons que la digestion par les sécrétions stercorales s'est ajoutée à l'ischémie du testicule par compression prolongée des vaisseaux du cordon spermatique pour arriver à cet état des choses s'il faut croire aux parents qui ont affirmé avoir régulièrement palpé le testicule auparavant. Contrairement à Shahbaz (8) qui a trouvé environ 100 ml de pus dans la cavité abdominale, nous avons trouvé une cavité péritonéale propre et une anse iléale perforée dans le sac herniaire d'où est partie la fistulisation. Nous pensons qu'il s'est agi d'une hernie de Richter qui s'est compliquée d'un phlegmon pyostercoral qui s'est par la suite fistulisée.

Une résection-anastomose termino-terminale de l'anse iléale herniée associée à un débridement de l'hémi scrotum et une antibiothérapie ont été suffisants pour une évolution clinique satisfaisante pour notre patient comme pour ceux rapportés par Chirdan et Roshan et Ahmeh (4-5, 9) alors que pour le cas rapporté par Tapsoba (3),

une extension postopératoire du phlegmon a motivé la reprise du débridement associé à une dérivation des selles par une colostomie. Sowande a rapporté une périonite postopératoire sur lâchage de l'anastomose iléale termino-terminale réalisée par un abord inguinal alors que les autres auteurs lus ont préféré comme nous une laparotomie médiane sous ombilicale.

Deux jours après la remise de la facture des soins aux parents, l'enfant a disparu de notre formation médicale, ce qui rend ainsi aléatoire son suivi postopératoire en court, en moyen et en long terme notamment quant à l'éventualité possible d'une stérilisation auto-immune du testicule restant par production des anticorps anti-spermatozoïdes (10).

Conclusion

Sauf contre-indication opératoire, la hernie inguinale reconnue comme telle chez un enfant de n'importe quel âge mérite une prise en charge chirurgicale en milieu spécialisé avant la survenue de toute complication. Etant donné la simplicité de la prise en charge chirurgicale de la hernie inguinale non compliquée chez l'enfant ainsi que le bon pronostic postopératoire, cette observation clinique devrait interpeller les différents acteurs impliqués dans l'accessibilité aux soins de santé de l'enfant en milieu urbain congolais.

Références

1. Galinier P, Bouali O, Juricic M, Smail N. Hernie inguinale chez l'enfant : mise au point pratique, Elsevier B.V, 2013, *Archives de Pédiatrie*, **14**(4) : 399-403
2. Varlet F. hernie inguinal chez l'enfant. Campus national de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique, 2004, TICEM-UMVF MAJ, 24/12
3. Tapsoba W, Nandiolo-Anelone KR, Baonkolé SR. Conséquences redoutables d'une hernie inguinale étranglée négligée au CHU de Treichville, *Rev int sc méd*, 2012 ; **14** (1) : 110-113
4. 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.

5. Roshan KT, Maletha M, Tandon R, Neonatal incarcerated inguinal hernia with spontaneous scrota-fecal fistula. *J Pediatr Surg* 2009; **44**(9): 1846-1847.
6. 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.
7. 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).
8. ShahbazHF, 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.
9. Ahmeh EA, Awotula OP, Amoah JN. Spontaneous scrotal faecal fistula in infants. *Pediatr Surg Int* 2002; **18**(5-6): 524-525.
10. Barthélémy C. Indications de la recherche des anticorps anti-spermatozoïdes. *Andrologie* 2003 ; **13**(1) : 440-441.