



Hernie inguino-scrotale géante à l'Hôpital La Charité à Mbandaka : à propos d'un cas rare pris en charge plus de 30 années après le début de l'affection

Giant inguino-scrotal hernia at the Charity Hospital in Mbandaka, the Democratic Republic of the Congo: a case report

Trésor Yebe Mosolongo¹, Landry Egbende Mongondi², Augustin Monga Lembe Punga-Maole¹

Correspondance

Trésor Yebe Mosolongo

Courriel: trésormosolongo@gmail.com

Téléphone : +243825366005

Cliniques Universitaires de Kinshasa,
Département de Chirurgie Kinshasa,
République Démocratique du Congo

Summary

The giant inguino-scrotal hernia is irreducible by loss of right of way. The intra-abdominal hyperpressure induced by the reintegration of the viscera during the cure makes it serious. We report an observation of giant inguinoscrotal hernia lasting more than 35 years associated with hydrocele recently treated in a hospital in Mbandaka. The particularity of this case is characterized by its late management without complications, the parietal repair without use of prosthesis as well as the simultaneous management of the large hernia and the hydrocele. The surgical aftermath was simple.

Keywords: Inguino-scrotal hernia-Schouldice-Mbandaka

Received May 27th, 2023

Accepted April 18th, 2024

1. Département de Chirurgie, Université de Kinshasa, Kinshasa, République démocratique du Congo
2. Département de Nutrition, Ecole de Santé publique, Université de Kinshasa

Résumé

La hernie inguino-scrotale géante est irréductible par perte de droit de cité. La gravité de cette entité pathologique est liée à l'hyperpression intra abdominale des viscères lors de la cure. Nous décrivons un cas rare d'une hernie inguino-scrotale géante traitée plus de 30 ans après le début de l'affection.

La particularité de ce cas est caractérisée par sa prise en charge tardive sans complication, la réparation pariétale sans usage d'une prothèse ainsi que la prise en charge simultanée de la grosse hernie et l'hydrocèle. Les suites opératoires ont été simples.

Mots-clés : Hernie inguino-scrotale -Schouldice-Mbandaka

Reçu le 27 mai 2023

Accepté le 18 avril 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.17>



Introduction

La hernie inguino-scrotale géante (HISG) est une hernie irréductible par perte de droit de cité (HIPC) due à une évolution naturelle de la maladie par négligence ou par inaccessibilité aux soins chirurgicaux (1). La HISG se caractérise par une largeur de collet supérieure à 10 cm et une masse herniaire s'étendant en dessous du point médian de l'intérieur de la cuisse en position debout (1-2). La perte de droit de cité correspond à un état où le contenu herniaire s'étant soustrait du volume abdominal, toute réintégration induit une augmentation de la pression intra-abdominale (1,3). Une perte de droit de cité est significative lorsque le volume herniaire (VH) se situe au-delà de 20 à 25 % du volume du compartiment abdominal (VCA) (1,4). Dans le bilan préopératoire, le scanner abdomino-scrotal détermine le VH et le VCA.



Figure 1. Image d'une hernie inguino-scrotale géante

Les téguments étaient sains. La racine inguinale de la masse était large d'environ 10 cm. A la palpation la paroi scrotale était fine, la masse était molle et indolore. Il était difficile de circonscrire l'orifice herniaire. Le testicule droit n'était pas palpable, le testicule gauche intrascrotal était bien palpé. Les tentatives de réduction de la masse inguino-scrotale étaient infructueuses. A l'auscultation, des gargouillements étaient perçus. Cette masse était opaque à la transillumination. Au toucher rectal, la prostate était de petit volume, souple et de surface régulière. L'échographie inguino-scrotale avait révélé dans cette masse, la présence d'anses intestinales et d'un épanchement liquidien circonscrit d'environ

L'hyperpression intra-abdominale induite par la réduction des viscères lors la cure fait la gravité des HIPC. Les HIPC de toutes localisations sont exceptionnelles dans les pays occidentaux. Rares en Afrique, elles sont trouvées généralement en milieu rural. Nous rapportons une observation de HISG associée à une hydrocèle prise en charge récemment dans un hôpital de Mbandaka.

Observation clinique

Monsieur MJM, âgé de 67 ans, était reçu en consultation de chirurgie de l'Hôpital de la Charité à Mbandaka en février 2022 venant d'un village voisin. Il se plaignait d'une gigantesque masse inguino-scrotale droite évoluant depuis 35 ans. Il n'avait aucun antécédent medico-chirurgical. A l'inspection, cette masse atteignait les genoux en position debout (Figure 1).

100 ml. Ce dernier siégeait à la racine de la masse herniaire. Dans cet épanchement le testicule droit, eutrophique, était repéré. Le testicule gauche, orthotopique était également reconnu. Le diagnostic de HISG associée à une hydrocèle était retenu. Nous avons opéré ce patient sous anesthésie générale. Une incision inguino-scrotale d'environ 10 cm était réalisée. L'aponévrose du grand oblique était exposée puis incisée jusqu'à l'orifice inguinal superficiel. Le cordon spermatique était élargi. Son décollement était difficile en raison de son gros volume. Il était ensuite placé sur un lacs. Une dissection du cordon avait permis d'exposer le sac herniaire. A l'ouverture, progressive et large de ce dernier, des anses intestinales étaient

e5739



découvertes. Elles étaient extériorisées moyennant une excision des adhérences entre elles et le sac herniaire. Il a été identifié un segment d'environ 30 cm de l'iléon terminal, l'appendice, le caecum, le côlon ascendant, le colon transverse, et le grand épiploon. Une masse rémittente correspondant à l'hydrocèle était trouvée à la racine de la poche scrotale. La cure de la hernie avait précédé celle de l'hydrocèle. Pour faciliter la réintégration des viscères, 2/3 du grand épiploon étaient réséqués. Le large sac herniaire était reséqué. Une plastie de la paroi inguinale était réalisée selon la technique Shouldice qui a consisté à remettre en tension le fascia transversalis en l'abaissant à la bandelette ilio-pubienne puis à abaisser le

tendon conjoint à la bandelette ilio-pubienne. La poche vaginale entièrement libérée était fendue puis reséqué jusqu'aux bords du testicule et l'épididyme. Le liquide intra-vaginal était citrin. La paroi inguinale était refermée en 3 plans : aponévrotique, sous-cutané et cutané. Un drain lamellaire était placé dans la poche scrotale. Les suites opératoires étaient simples, sans état de choc ni détresse respiratoire. L'ablation du drain était faite au 3^{ème} jour et celle des fils au 10^{ème} jour postopératoire. La poche scrotale s'était rétractée spontanément pour reprendre ses dimensions quasi normales. En novembre 2022, le patient ne présentait pas de récurrence herniaire. Le volume de la poche scrotale ne s'était pas modifié (figure 2).



Figure 2. Image prise 8 mois après l'intervention chirurgicale

Discussion

Cette observation confirme des faits relatifs aux HIPC. Elles surviennent le plus souvent en milieu rural et affectent généralement des personnes âgées. L'évolution en est longue, s'étendant sur plusieurs années ou décades (5-6). L'association entre une HISG et une hydrocèle est rapportée, mais elle est rare (6). La présente observation enrichit ainsi la rareté de cette association.

Le traitement chirurgical des HIPC peut occasionner des complications potentiellement létales dues à l'hyperpression intra-abdominale lors de la réduction des viscères. Une hyperpression intra-abdominale persistante de

plus de 15 mmHg constitue le syndrome du compartiment abdominal qui se caractérise par une défaillance multiviscérale (1, 5, 7).

Dans le bilan préopératoire, le scanner de la masse herniaire est indiqué mais non disponible à Mbandaka. Le scanner aurait pu établir le rapport entre le VH et le VCA. Ce rapport fait indiquer ou non les procédés d'augmentation de la capacité abdominale (1,4). La cure d'une HISG fait face à 3 défis : la réintégration des viscères herniés, la réparation de la paroi abdominale, la réparation de la poche scrotale. Nous avons réussi à réintégrer les viscères après une omentectomie. Le dégrossissement du grand épiploon est une technique décrite par

e5740



Mehendale et appliquée par certains auteurs (2, 5,8-9). Elle est moins agressive que d'autres procédés : résections intestinales, hémicolectomie, agrandissement de la cavité intestinale par pneumopéritoine. La réparation de la paroi inguinale élargie exposée à des récurrences, était faite selon la technique de Shouldice. Cette technique est recommandée dans les milieux sous-équipés à la place d'une plastie par prothèse (1,7). Aucune plastie scrotale n'était réalisée chez notre patient. Le scrotum s'était rétréci spontanément. Les cas de rétrécissement spontané du scrotum élargi sont rapportés (6, 10).

Conclusion

La hernie inguino-scrotale géante peut s'associer à l'hydrocèle. Elle peut de fois être prise en charge tardivement sans complication particulière d'étranglement s'associant à la nécrose des anses intestinales. Une large omentectomie contribue à une bonne réduction de la hernie. En milieu sous-équipé, la plastie pariétale selon les techniques usuelles est efficace. Une réduction scrotale n'est pas indispensable.

Conflit d'intérêt: néant

Références

1. Balaphas A, Morel P, Breguet R, Assalino M. Hernies géantes avec perte de droit de cité : comment préparer au mieux les patients ? *Rev Med Suisse* 2016 ; **12** : 1170-1173.
2. Sabbagh C, Dumont F, Robert B, Badaoui R, Regimbeau JM. Peritoneal volume is predictive of tension-free fascia closure of large incisional hernias with loss of domain: A prospective study. *Hernia* 2011; **15** (5):559-565.
3. Bebawi MA, Moqtaderi F, Vijay V. Giant incisional hernia: staged repair using pneumoperitoneum and expanded polytetrafluoroethylene. *Am Surg*, 1997; **63**: 375-381.

4. Sivarajasingham AN, Wong S, Butler M. Open mesh repair of incisional hernias with significant loss of domain. *Ann R Coll Surg Engl* 2004; **86**: 363-366.
5. Davis T, Vivens M, Barghuthi L, Ismael H. Giant sliding inguinal hernia requiring intraoperative aspiration of fluid: a case report and literature review. *J Surg Case Rep*. 2021; **2021**: rjab340.
6. Karthikeyan VS, Sistla SC, Ram D, Ali SM, Rajkumar N. Giant inguinoscrotal Hernia-Report of rare case with literature Review. *Int Surg*. 2014 ; **99**: 560-564.
7. Trakarnsagna A, Chinswangwatanakul V, Methasate A, Swangsri J, Phalanusitthepha C, Parakonthon T, Taweerutchana V, Akaraviputh T. Giant inguinal hernia: Report of a case and reviews of surgical techniques. *Int J Surg Case Rep*. 2014; **5**: 868-872.
8. Kingsnorth Mehendal FV, Taams KO, Kingsnorth AN. Repair of a giant inguinoscrotal hernia. *Br J Plast Surg*, 2000; **53**: 525-529.
9. Turner EJM, Malhas A, Christi I, Oke T. Management of a giant inguinoscrotal hernia with an ulcerated base in a patient with cardiac disease; *J Surg Case Rep*. 2010 Oct; **2010** (8): 9. 1. doi: 10.1093/jscr/2010.8.9 PMID: PMC364915.
10. Julia Isabelle Staubitz, Peter Gassmann, Daniel Wilhelm Kauff, Hauke Lang, Surgical treatment strategies for giant inguinoscrotal hernia – a case report with review of the literature, *BMC Surg*. 2017; **17**: 135.

Voici comment citer cet article : Mosolongo TY, Mongondi LE, Punga-Maole AML. Monoarthrite inguino-scrotale géante à l'hôpital la charité à Mbandaka : à propos d'un cas rare pris en charge plus de 30 ans après le début de l'affection. *Ann Afr Med* 2024; **17** (3): e5738-e5741. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.17>