

ARTICLE ORIGINAL

COMPLICATION INHABITUELLE DES HERNIES ETRANGLEES DE LA PAROI ABDOMINALE: LE PHLEGMON HERNIAIRE.

UNUSUAL COMPLICATION OF STRANGULATED ABDOMINAL HERNIA: HERNIA ABSCESS

R LEBEAU(1), KI ANZOUA(1), M TRAORE(1), K ISMAEL LEH BI(1), B AHOU N'DRI(1), KA AKE(2), KA ABRO(1), GK AKA(1), GAP GNABRO(3), B DIANE(1)

(1) : Service de Chirurgie Générale et Digestive CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire).

(2) Hôpital Général de Gagnoa (Côte d'Ivoire)

(3) Service de Chirurgie Générale et Digestive CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire).

RÉSUMÉ

Objectif: Rapporter les aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques de cette complication.

Patients et Methodes: Cette étude rétrospective porte sur la période de janvier 1999 à septembre 2015. Elle a concerné les patients pris en charge pour des hernies étranglées de la paroi abdominale et compliquées de phlegmon herniaire avec ou sans fistule entéro-cutanée. Les caractéristiques socio-démographiques des patients, les aspects diagnostics, le traitement et ses résultats ont été relevés.

Resultats: Treize patients d'âge médian 45 ans (22 ans et 72 ans) ont consulté pour un abcès de l'aîne (n=7), un abcès scrotal (n=5), et un abcès péri-ombilical (n=1). L'examen clinique (n=13) et le scanner de la paroi abdominale (n=1) avaient posé le diagnostic de hernie étranglée. La hernie était crurale (n=4), inguino-scrotale (n=5), inguinale (n=3); chez la patiente restante la tomographie abdominale diagnostiquait une hernie ombilicale étranglée. Le type anatomo-clinique de la hernie était un pincement latéral (n=7) et une strangulation totale (n=6). La hernie contenait le grêle nécrosé et perforé. La patiente qui avait l'abcès péri-ombilical a eu une incision drainage de l'abcès suivi d'un débridement du collet ombilical qui a permis de libérer le segment d'intestin grêle étranglé. Il a été ensuite réalisé une résection anastomose intestinale suivie d'une cure herniaire par suture bord à bord des deux gaines des grand droit. Concernant les lésions de l'aîne, le traitement chirurgical comportait une résection intestinale avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale réalisée par laparotomie médiane puis une nérectomie avec ablation du segment intestinal nécrosé réalisée par voie inguinale (n=12). Trois patients ont eu une orchidectomie. La cicatrisation des lésions inguino-crurales et ombilicales s'est faite en moyenne au bout de 31 jours (21 et 45 jours). Trois patients ont été perdus de vue. La cure herniaire a été faite dans un délai de 115 jours (95 et 150 jours).

Conclusion : Les hernies de la paroi abdominale étranglées et fistulisées sont graves. Une prise en charge précoce améliorerait le pronostic. Le meilleur traitement reste la prévention par la cure à froid de ces hernies.

Mots clés: Hernie de la paroi abdominale, fistule herniaire, phlegmon herniaire

SUMMARY

Objective: To report the epidemiologic, diagnostic and therapeutic aspects of this complication.

Patients and Methods: This retrospective study was undertaken during the period from January 1999 to September 2015. The patients taken in charge for strangulated abdominal hernia complicated with hernia abscess with or without entero-cutaneous fistula were included in the study. The sociodemographic data of the patients, the diagnosis aspects the treatment and its results were noted.

Results: Thirteen (n=13) patients with an average age of 45 years (range 22 years and 72 years) came to hospital for groin abscess (n=7), a scrotal abscess (n=5), and an umbilical abscess (n=1). Clinical examination (n=13) and computed tomography of the abdominal wall (n=1) made the diagnosis of strangulated hernia and we were able to distinguish femoral hernia (n=4) inguino-scrotal hernia (n=5), inguinal hernia (n=3); in the remaining patient abdominal computed tomography diagnosed a strangulated umbilical hernia. During operation we noticed that a part of the bowel circumference was entrapped in the hernia sac (n=7) or the entire circumference of the bowel was entrapped (n=6). The hernia sac contained necrotized and perforated small bowel.

The patient with umbilical abscess underwent a drainage of the abscess followed by a resection of small bowel with end to end anastomosis and umbilical herniorrhaphy. The remaining 12 patients underwent median laparotomy with small bowel resection and end to end anastomosis. The necrotized and perforated segment of the bowel was dropped by inguinal route together with drainage of abscess. Three patients underwent orchidectomy. Groin, scrotal and umbilical lesions were dressed and healed in a average time of 31 days (21 and 45 days). Three patients were lost at follow up. The remaining 9 patients underwent hernia repair in a mean delay days (95 and 150 days).

Conclusion: Strangulated abdominal wall hernia are life threatening; enterocutaneous fistula worsen its prognosis. Prevention could be best achieved by the treatment of strangulated hernia.

Keywords: abdominal wall hernia; hernia fistula; hernia abscess

Tirés à part

Dr Roger Lebeau – 01 BP 376 Bouaké 01

Email: lebeauroger@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les hernies de la paroi abdominale antérieure sont fréquentes, la principale complication en est l'étranglement qui négligée ou méconnue peut évoluer vers une nécrose du viscère incarcerated avec phlegmon herniaire voir même fistule entéro-cutanée [1-3]. Il s'agit d'une complication grave dont la mortalité peut atteindre 21,4%[2]. Le but de ce travail était de rapporter notre expérience de la prise en charge de cette complication.

PATIENTS ET METHODES

Cette étude rétrospective porte sur la période de janvier 1999 à septembre 2015. Elle a concerné les patients pris en charge pour des hernies de la paroi abdominale antérieure étranglées et compliquées de phlegmon avec ou sans fistule entéro-cutanée. Les caractéristiques socio-démographiques des patients, les aspects diagnostics, le traitement et ses résultats ont été relevés.

RESULTATS

Durant la période d'étude 690 hernies étranglées de la paroi abdominale ont été observées parmi lesquelles 13 se sont compliquées de phlegmon herniaire. Les phlegmons herniaires compliquaient donc 1,9% des hernies étranglées de la paroi. Ces 13 phlegmons herniaires sont survenus chez 8 hommes et 5 femmes. L'âge médian des patients était de 45 ans (extrêmes 22 et 85 ans): cinq patients avaient un âge supérieur à 65 ans. Le délai médian de consultation était de 5 jours (extrêmes 3 et 11 jours). Les patients étaient des paysans vivants en zone rural (n=7) et sans profession mais vivant en zone urbaine (n=6). Huit patients se savaient porteur d'une hernie inguino-scrotale (n=5) ou inguinale (n=3) depuis une durée médiane de 11 ans (5 ans et 27 ans); les 5 patients restants ignoraient qu'ils avaient une hernie ombilicale (n=1) et une hernie crurale (n=4). Tous les patients affirmaient avoir ressenti une douleur inhabituelle à l'aîne (n=12) et à la région péri-ombilicale (n=1). En raison de difficultés péculinaires (n=6), de la longue distance qui les séparait de l'hôpital (n=5) ou de l'ignorance (n=2) ils n'avaient pas consulté immédiatement. Une notion de traitement traditionnel fait d'application local de cataplasme était trouvée chez 6 patients. A l'admission à l'hôpital les patients avaient une altération de l'état général (n=13), un abcès de l'aîne (n=7), un abcès scrotal (n=5) et un abcès péri-ombilical (n=1) (figure 1). Chez 5 patients (3 hommes et 2 femmes) on notait un écoulement pyostercoral provenant du scrotum (n=3) et de l'aîne (n=2). La patiente qui avait l'abcès péri-ombilical était obèse avec un indice de masse corporelle à 35. Chez elle, on observait une tuméfaction douloureuse mal limitée

de la région péri-ombilicale recouverte de phlyctènes. Chez cette patiente la tomодensitométrie abdominale avait objectivé une hernie ombilicale étranglée avec incarceration d'une anse grêle (figure 2). L'hémogramme réalisé chez tous montrait une hyperleucocytose avec des chiffres moyens à 11800 (10200 – 15 500). Les 13 patients ont été réanimés puis opérés.



Figure 1 : phlegmon périombilical compliquant une hernie ombilicale étranglée chez une patiente obèse

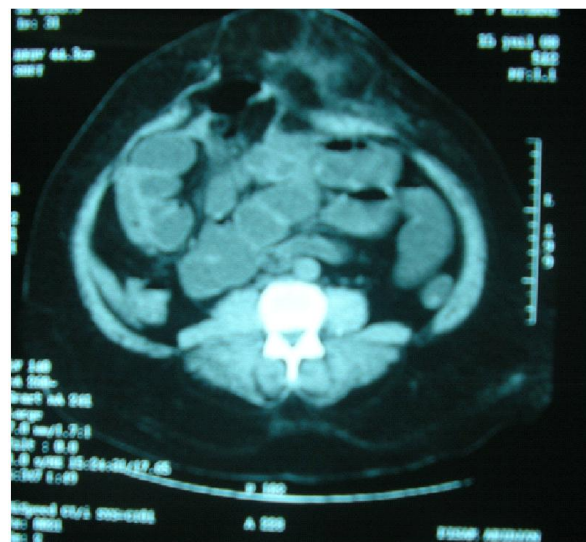


Figure 2 : coupe tomодensitométrique de la paroi abdominale passant par l'ombilic : noter les zones hypodenses dans la paroi témoin de l'épanchement liquidien (pus) noter aussi la présence d'air témoin de la perforation intestinale. même patiente que sur la figure 1

La patiente qui avait l'abcès péri-ombilical a eu une incision drainage de l'abcès suivi d'un débridement du collet ombilical. Ceci a permis de libérer le segment d'intestin grêle étranglé puis une résection anastomose intestinale a été réalisée. La réfection

pariétale a été faite par suture bord à bord des berges internes des deux gaines des muscles grand droit. Chez les autres patients la voie d'abord était dans un premier temps une incision médiane sous-ombilicale. Le type anatomo-clinique de la hernie était un pincement latéral pour les hernies crurales et une strangulation totale pour les hernies inguino-scrotales (n=5) et les hernies inguinales (n=3). Les hernies contenaient le grêle qui était nécrosé et perforé (figure 3).

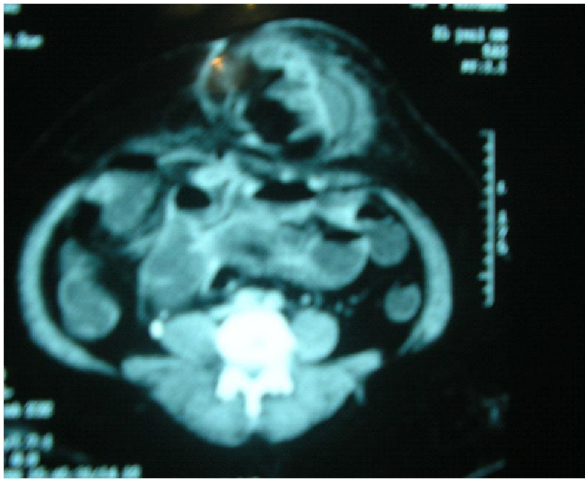


Figure 3: coupe tomodensitométrique de la paroi abdominale passant par l'ombilic. Même patiente que sur les figures 1 et 2 : noter la présence d'anse dans la paroi

Le traitement chirurgical comportait une résection intestinale avec retablisement immédiat de la continuité intestinale suivie d'une fermeture du péritoine par voie interne; par voie inguinale une nécrosectomie avec extirpation du segment intestinal nécrosé a été réalisée. La cure herniaire n'avait pas été réalisée durant ce temps opératoire. Trois patients ont eu une orchidectomie du fait d'une nécrose isolée du cordon (n=1) (figure5) et une nécrose testiculaire (n=2). L'étude bactériologique du pus réalisée chez 8 patients montrait *Staphylococcus aureus* (n=3), *Streptococcus* (n=2), *Escherichia coli* (n=2) et *Enterobacter* (n=1). En post-opératoire, les pansements étaient quotidiens et une antibiothérapie (betalactamine et métronidazole) voire une triantibiothérapie avec ajout d'une aminoside chez la patiente qui avaient la hernie ombilicale a été instituée. L'hospitalisation a duré 9 jours (7 et 13 jours). La cicatrisation des lésions inguino-crurales, scrotales et ombilicales s'est faite en 31 jours (21 et 45 jours). Trois patients ont été perdus de vue. La cure herniaire a été réalisée chez les 9 patients restants dans un délai de 115 jours (95 et 150 jours) par la méthode de Lichtenstein.



Figure 4 : Nécrose et perforation intestinales au cours d'une hernie inguinale étranglée compliquée de phlegmon



Figure5: Nécrose du cordon spermatique : même patient que sur la figure 4

DISCUSSION

Le phlegmon herniaire pyostercoral est le stade ultime de la nécrose en cas de hernie étranglée. Il sanctionne l'évolution spontanée des hernies étranglées de la paroi méconnues ou négligées. Le retard à la consultation est constamment retrouvé. Le délai de consultation était de 7,5 jours dans la série de Massomissé et al [2] et de 10 jours chez le patient de Samad A et Sheikh GM [4]. Dans notre série ce délai était moins long, mais atteignait cependant 5 jours. La fréquence de cette complication semble en baisse. Dans une série déjà ancienne Massomissé et al avaient observé 14 cas en 6 ans [2]. Notre série de 13 cas a été observée sur une période de 16 ans. La littérature rapporte actuellement des cas isolés [5-8]. Cependant Lamrani et al ont récemment rapporté une série de 5 cas observés sur une période de 4 ans [3]. Cette affection semble être l'apanage des pays en développement mais peut être aussi observé partout chez des patients en marge de la société et ce quelque soit le niveau de développement sanitaire du pays [3,9]. Cette complication doit être évoquée de partie pris devant un écoulement pyostercoral en regard d'un orifice

herniaire [3,10]. Un interrogatoire bien mené peut retrouver une notion de tuméfaction réductible et impulsive aux efforts et un épisode douloureux témoin de l'étranglement de la hernie. Dans les cas difficiles la tomодensitométrie abdominale est d'un excellent apport diagnostique comme dans l'une de nos observations et dans le cas rapporté par Ota et al ou Malik et al [9,11].

La physiopathologie de cette complication inclue une perforation de l'anse intestinale étranglée avec issue des selles dans le sac puis la macération des tissus environnants avec diffusion de l'infection dans les espaces cellulaires. La finesse de la peau en regard notamment de la peau scrotale favorise probablement la formation de la fistule [8]. Chez les patients obèses l'abondance du tissu cellulo-graisseux est aussi un facteur favorisant la formation du phlegmon pyostercoral après perforation de l'anse. La survenue de la fistule stercorale permet de décompresser l'anse étranglée. Cependant l'évolution spontanée peut se faire vers des complications septiques mortelles comme dans le cas rapporté par Ota et al [11].

Le traitement est chirurgical et pose le problème de la tactique opératoire. Ainsi pour les localisations inguino-crurales, une double voie d'abord est nécessaire. La voie médiane sous-ombilicale permet de traiter les lésions intestinales en seul temps [2]. Elle permet aussi une manipulation plus facile du contenu herniaire et une exploration complète de la cavité abdominale [10]. Nous n'avons pas eu recours à la confection de stomie digestive du fait de l'absence de contamination péritonéale contrairement au cas rapporté par Rajamanickam et al [8]. La voie locale inguino-crurale permet le débridement et le traitement des lésions nécrotiques. La septicité et le caractère inflammatoire des tissus nous a fait différer la cure herniaire. Cependant pour la localisation ombilicale nous avons opté pour un abord direct de la hernie associant incision drainage du phlegmon et réparation pariétale.

REFERENCES

- 1- Pollak R. Strangulating external hernia in Nyhus LM; Condon RE.-Hernia, 3ème Edition.Lippincott. Edit., Philadelphia 1989 p273-84.
- 2-Masso-Misse P, Essomba A, Kim SW, Fowo S, Sosso MA, Malonga E. Les phlegmons herniaires.Lyon Chir 1996;92:26-8.
- 3-Lamrani J, El Bouhaddouti H, Ankouz A, Zahid F-Z, Louchi A. Fistule entéro-cutanée révélatrice d'hernie étranglée: cinq observations marocaines. Med Trop 2011;71:183-4.
- 4-Samad A, Sheikh GM. Spontaneous fecal fistula: a rare presentation of inguinal hernia. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2005;17:77-9.
- 5- Ohene-Yeboah M. Entero-scrotal fistula in a Ghanaian adult: a case report of the spontaneous rupture of a neglected strangulated inguinal hernia. Hernia 2011;15:455-7.
- 6-Sheikh M, Ashraf U, Bashir A. Scrotal enterocutaneous fistula, a rare complication of inguinal hernia, case report and literature review. Int J Surg 2009;25.
- 7-Koshariya M1, Naik S, Rai A. Incarcerated inguinal hernia presenting as spontaneous scrotal fecal fistula.Hernia 2006;10:434-5.
- 8-Rajamanickam S, Yadav A, Rai A, Singh D, Sonkar AA. A complicated true sliding hernia presenting as a spontaneous enteroscrotal fistula in an adult.J Emerg Trauma Shock. 2010;3: 62-5.
- 9-Malik P, Rathi M, Kumar K, Sharma R, Meena P, Arya A et al. Scrotal enterocutaneous fistula: a rare initial presentation of inguinal hernia. JSCR 2014; (2pages)doi:10.1093/jscr/rju056
- 10- Rakototiana AF, Rakoto-Ratsimba HN, Hunald FA, Razafimanjato N, Rambel H, Laborde Y. Hernie de Spieghel compliquée d'une fasciite nécrosante de la paroi abdominale. A propos d'un cas. Revue Tropicale de Chirurgie 2008;2:5-7.
- 11- Ota S, Noguchi T, Takao T, Sakamoto T, Kanie Y, Omae K et al. An Incarcerated colon inguinal hernia that perforated into the scrotum and exhibited an air-fluid level.Hindawi Publishing Corporation. Case Reports in Medicine :2015, Article ID 105183, 3 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/105183>