

FAIT CLINIQUE

LA HERNIE D'AMYAND À L'HÔPITAL NATIONAL DE NIAMEY : A PROPOS DE 5 CAS

AMYAND'S HERNIA AT THE NATIONAL HOSPITAL OF NIAMEY: ABOUT 5 CASES

R. SANI¹, Y. HAMA¹, J. DIDIER LASSEY¹, I. ALZOUMA¹, A. SAIDOU¹, H. NOUHOU², A. SAKHO¹.

1. Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Hôpital National de Niamey – BP : 238 Niamey, Niger.
2. Service d'anatomie pathologie. Faculté de Médecine de Niamey. Université de Niamey- BP: 10896- Niamey, Niger

RÉSUMÉ

La hernie d'Amyand est une affection rare de diagnostic clinique difficile. Elle correspond au développement d'une appendicite aiguë à l'intérieur d'une hernie de la paroi abdominale. A partir d'une étude rétrospective sur 6 ans (juin 2006 à mai 2012), les auteurs rapportent l'expérience des services de chirurgie de l'Hôpital National de Niamey en matière de prise en charge de hernie d'Amyand. Cinq cas de hernie d'Amyand ont été colligés sur un total de 267 hernies inguinales étranglées soit une fréquence de 1,87%. Tous étaient de sexe masculin avec un âge moyen de 37,6 ans (extrêmes : 2 et 74ans). Le diagnostic de hernie d'Amyand a été opératoire (100%). L'appendice était catarrhal dans 2 cas (40%), phlegmoneux dans 1 cas (20%) et gangréné dans 2 cas (40%). Après appendicectomie, tous ont eu une cure herniaire dans le même temps opératoire selon la technique de Bassini. Une laparotomie a été nécessaire chez 2 patients. Les suites opératoires ont été simples.

Mots clés : hernie d'Amyand, appendicite aiguë, Niger.

SUMMARY

Amyand's hernia is a rare. The clinical diagnosis is difficult. It is the development of acute appendicitis in abdominal wall hernia. From a retrospective study of 6 years (June 2006 to May 2012) we reported our experience about management of Amyand's hernia at the National Hospital of Niamey.

Five cases of Amyand's hernia were registered among 267 patients with strangulated inguinal hernia with a frequency of 1.87%. All the patients were male with a mean age of 37.6 years. The diagnosis of Amyand's hernia was carried out intraoperatively. Thus 2 cases (40%) of catarrhal appendicitis were found, 1 case (20%) of phlegmonous and 2 cases (40%) of gangrenous. After appendicectomy, all the patients had hernia repair in the same time. Bassini's technique was performed. Two cases (40%) of conversion to laparotomy were performed.

Key words: Amyand's hernia, acute appendicitis, Niger.

Tirés à part

Prof Ag SANI Rachid

Email : sani_rachid@yahoo.fr

INTRODUCTION

Un certain nombre de hernies abdominales sont désignées par le nom de l'auteur qui s'est attaché à les décrire, ce sont les hernies éponymes ; et c'est le cas de la hernie d'Amyand. Bien que De Garangeot en 1731 semble être le premier auteur à avoir rapporté la présence d'un appendice dans un sac herniaire [1], la première description est due à Claudius Amyand chirurgien à l'hôpital Saint George de Londres [2]. La hernie d'Amyand est une pathologie rare, sa fréquence en Europe est de l'ordre de 0,13% [3]. Elle correspond au développement d'une appendicite aiguë à l'intérieur d'une hernie de la paroi abdominale. C'est une urgence chirurgicale. Elle simule souvent une hernie inguinale étranglée, rendant son diagnostic préopératoire difficile ; mais lorsqu'elle est suspectée elle peut être

affirmée par le scanner [4]. Diagnostiquée tôt et rapidement prise en charge, l'évolution de la hernie d'Amyand est simple dans la majorité des cas.

Par une étude rétrospective sur 6 ans (juin 2006 à mai 2012), nous avons voulu rapporter l'expérience du service de chirurgie de l'Hôpital National de Niamey en matière de prise en charge de la hernie d'Amyand à travers une courte série de 5 observations.

OBSERVATIONS

Cinq cas de hernie d'Amyand ont été enregistrés sur un total de 267 hernies inguinales étranglées soit une fréquence de 1,87%. L'âge moyen de nos patients était de 37,6 ans (extrêmes 2 et 74 ans). Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sont résumées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients.

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Sexe	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
Age (années)	68	74	2	25	19
Terrain	-	HBP ¹	-	-	-
température	normale	Fièvre 38°C	Fièvre 38°C	Normale	Normale
Signes fonctionnels	Douleur inguinale depuis 20 heures	Douleur inguinale depuis 24 heures, vomissements, arrêt du transit.	Pleurs incessants depuis 24 heures	Douleur inguinale depuis 4 heures	Douleur inguinale depuis 12 heures
Signes physiques	Tuméfaction inguinoscrotale droite	Défense hypogastrique, tuméfaction inguinoscrotale droite irréductible, hernie inguinale gauche simple	Tuméfaction inguinoscrotale droite dure et irréductible, hernie ombilicale	Tuméfaction inguinoscrotale droite irréductible	Tuméfaction inguinoscrotale droite irréductible
NFS³	Hyperleucocytose	Hyperleucocytose	Normale	Normale	Normale
Anesthésie	AG ²	AG ²	AG ²	AG ²	AG ²
Type incision	Inguinale droite puis laparotomie	Inguinale droite	Pli abdominal inférieur droit	Inguinale droite	Inguinale droite puis laparotomie
Appendice	Phlegmoneux	Perforé avec présence de pus	Catarrhal	Catarrhal	Gangrené
Appendicectomie	Oui avec plaie iatrogène du caecum	Oui	Oui	Oui	Oui

1 = Hypertrophie bénigne de la prostate

2 = Anesthésie générale

3 = Numération formule sanguine

Chez tous nos patients le diagnostic préopératoire était celui d'une hernie inguinale étranglée. Avant l'intervention tous les patients avaient bénéficié d'un rééquilibrage hydro-électrolytique et d'une antibiothérapie. Quatre patients (80%) avaient eu une aspiration digestive continue par sonde nasogastrique. Tous ont eu une herniorraphie selon la technique de Bassini dont un cas de cure bilatérale. Chez 2 patients une laparotomie médiane pour une toilette péritonéale a été réalisée en raison d'un reflux de liquide purulent de la cavité péritonéale : dans un cas l'appendice était phlegmoneux (observation n°1) et dans l'autre gangréné (observation n°5). Les suites opératoires immédiates étaient simples pour 4 patients. Une suppuration pariétale était survenue chez 1 patient. Le séjour hospitalier était inférieur à 7 jours pour 3 patients (60%), les deux autres (40%) étaient libérés avant la fin de la 2^e semaine.

DISCUSSION

Les discussions sur la définition de la hernie d'Amyand ne sont pas encore tranchées. Pour certains auteurs la hernie d'Amyand correspond à la découverte d'un appendice dans une hernie de la paroi abdominale [1,5]. Pour d'autre la hernie d'Amyand correspond à la découverte d'une appendicite dans une hernie abdominale [3]. Cette dernière définition se rapproche plus de la description princeps de Claudius Amyand en 1735 qui rapporta une appendicite aiguë située dans une hernie inguinoscrotale [2].

La hernie d'Amyand est rare, dans notre étude elle représente 1,87% des hernies étranglées et dans la littérature moins d'1% des cas [1,4]. L'incidence de cette affection semble plus élevée chez l'adulte jeune, de sexe masculin. En effet, Garvey rapportait un âge moyen de 43 ans dans une série de 158 cas [6], et Sharma retrouvait un âge moyen de 42 ans dans sa série de 18 cas [7].

La localisation inguinale droite est la règle, même si une appendicite aiguë a déjà été retrouvée dans une hernie obturatrice, une hernie ombilicale [5] et même dans une hernie inguinale gauche [8,9]. Le diagnostic préopératoire est difficile, la hernie d'Amyand simulant une hernie inguinale étranglée. Une tuméfaction douloureuse siégeant sur un orifice herniaire (tuméfaction inguinoscrotale douloureuse et irréductible dans notre étude) conduisant au diagnostic de hernie étranglée est la présentation clinique rapportée par la plupart des auteurs [1, 4, 9,10]. Les signes d'appendicite présents chez 40% de nos patients sont inconstants selon les données de la littérature [1, 5,11]. Il en est de même pour les anomalies du bilan biologique, en effet une hyperleucocytose est présente chez seulement 20% de nos patients, chez 1/3 patients dans l'étude de Rikki et al. et totalement absente dans la série de Priego. Dans notre étude la hernie d'Amyand est associée à une autre hernie chez 2/5 patients (à une hernie inguinale gauche dans 1 cas et à une hernie ombilicale dans 1 cas). Cette association n'est pas encore rapportée dans la littérature.

La voie d'abord élective inguinale droite peut suffire, mais il peut être nécessaire en cas de péritonite généralisée de recourir à une laparotomie médiane pour une bonne toilette péritonéale. Certains auteurs tels que Saggar et Vermillon ont proposé une approche laparoscopique pour le traitement de cette pathologie [7, 8, 10, 12,13]. Le traitement associe une appendicectomie à une cure herniaire selon les principes recommandés par Losanoff (tableau II) [14]. L'infection limiterait l'utilisation de prothèse même si Torino et al s'interrogeaient sur la faisabilité d'une cure prothétique en cas d'appendicite [15].

Tableau II : Classification d'aide au traitement selon Losanoff [14].

Type de hernie	1	2	3	4
Description	Appendice normal	Appendicite aiguë localisée au sac	Péritonite appendiculaire	Appendicite aiguë et autre(s) affection(s) abdominale(s)
Traitement chirurgical	Réintégration de l'appendice (fonction de l'âge) Cure par prothèse	Appendicectomie par voie inguinale Cure sans prothèse	Appendicectomie par laparotomie Cure sans prothèse	Appendicectomie Prise en charge appropriée affection(s) associée(s)

La suppuration pariétale est la morbidité la plus fréquente. Cette suppuration pariétale a compliqué les suites opératoires d'1 patient sur 5 dans notre étude, et de 2 patients sur 6 dans la série de Priego. La mortalité est nulle dans notre étude.

CONCLUSION

La hernie d'Amyand est une affection rare de diagnostic difficile parce qu'elle simule souvent une hernie inguinale étranglée. Son traitement consiste en une appendicectomie associée à la cure herniaire. Diagnostiquée tôt et rapidement pris en charge, l'évolution de la hernie d'Amyand est simple dans la majorité des cas.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. PRIEGO P, LOBO E, MORENO I, SÁNCHEZ-PICOT S, GIL OLARTE M. A., ALONSO N. FRESNEDA V. Acute appendicitis in an incarcerated crural hernia: analysis of our experience. *Rev Esp Enferm Dig* (2005); N.º 10, Vol. 97.; 707-71
2. AMYAND C. Of a inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci incrustated with stone, and some observations on wounds in the guts. *Phil Trans R Soc Lond* 1736; 39: 329-42.
3. INAN I, CHILCOTT M, VOIGLIO E, DI DIO F, IRMAY F, BÜHLER L, MOREL P. Appendicite aiguë atypique: hernie d'Amyand. *Revue Médicale Suisse*; (2003); 558; 1-6.
4. ASH L, HATEM S, RAMIREZ G.A.M, VENIERO J. Amyand's hernia: a case report of prospective diagnosis in the emergency department. *Emergency Radiology* (2005) 11: 231-232
5. FUKS D, JABOT G, DEMUYNCK F, DUMONT F, SABBAGH F, ROBERT B, YZET T, VERHAEGHE P, REGIMBEAU JM. Appendicite aiguë incarcérée dans l'orifice crural: à propos d'un cas. *Journal de radiologie* (2009) Vol 90 - N° 9-C1 P. 1079-1081
6. GARVEY J. F. W. Computed tomography scans diagnosis of occult groin hernia. *Hernia*; (2011); 1-8
7. SHARMA H, GUPTA A, SHEKHAWAT NS, MEMON S, MENON MA. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over à 15 years period. *Hernia* (2007). 11 (1) : 31-35
8. GUPTA A, SHARMA R, KAUSHIK R. Left-side Amyand's hernia. *Singapore Med J* (2005). 46 (8) 424-425
9. SAKELLARIOU V, RIZOU E, TSAVDARIS G, ANDREADIS I. Amyand's hernia: gangrenous appendix within a left inguinal hernia. *Hellenic Journal of Surgery* (2011). 83: 1
10. SOLECKI R, MATYJA A, MILANOWSKI W. Amyand's hernia: a report of two cases. *Hernia* (2003) 7: 50-51
11. RIKKI S, AMIT M, ANUPAMA G, SAMITA G, PRADEEP S, MANMIT SS. An incarcerated appendix: report of three cases and a review of the literature. *Hernia* (2012). 16 : 91-97
12. SAGGAR VR, SINGH K, SARANGI R. Endoscopic total extraperitoneal management of Amyand's hernia. *Hernia* (2004) 8: 164-165
13. VERMILLION JM, ABERNATHY SW, SNYDER SK. Laparoscopic reduction of Amyand's hernia. *Hernia* (1999) 3: 159-160
14. LOSANOFF JE, BASSON MD. Amyand's hernia: a classification to improve management. *Hernia* (2008) 12: 325-326
15. TORINO G, CAMPISI C, TESTA A, BALDASSARRE E, VALENTI G. Prosthetic repair of a perforated Amyand's hernia: hazardous or feasible? *Hernia* (2007) 11: 551-552