

## VOLUMINEUSE HERNIE INGUINO SCROTALE DROITE : INTERET DU TRAITEMENT SANS TENSION DES HERNIES DE L'AINE SELON LA TECHNIQUE DE LICHTENSTEIN -UNE OBSERVATION

N. ELE<sup>1</sup>, R. DYKOKA- NGOLO<sup>2</sup>, G. OKIEMY<sup>3</sup> ; B. KIMBEMBE<sup>2</sup> O. NKODIA<sup>2</sup> R. CHOCOLAT<sup>1</sup> A. IBAMBA<sup>1</sup> M. NOTE MADZELE<sup>1</sup>

1-Service de chirurgie digestive CHU de Brazzaville ; 2-Service de chirurgie générale hôpital de Loandjili Pointe-Noire ; 3-Service de chirurgie polyvalente CHU de Brazzaville

Correspondances et tirés à part : Dr Narcisse ELE B.P : 13541 BRAZZAVILLE – CONGO ; E-mail : aristelne@yahoo.fr

### Résumé

Nous rapportons l'observation d'une volumineuse hernie inguino scrotale droite (hernie tropicale) chez un sujet jeune de 31 ans. Les hernies tropicales sont devenues rares et elles posent un problème de prise en charge thérapeutique.

Cette volumineuse hernie inguino scrotale droite a été traitée par la mise en place d'une prothèse sans tension selon la technique de Lichtenstein. Il s'agit d'une technique simple de réalisation rapide qui donne de bons résultats et un taux de récurrence à long terme faible, moins de 1%.

**Mots clés :** hernie inguino scrotale – chirurgie - Lichtenstein

### SUMMARY: VOLUMINOUS RIGTH SCROTAL INGINO HERNIA: INTEREST OF THE TREATMENT WITHOUT TENSION OF GROIN'S HERNIA ACCORDING TO LISCHTENSTEIN TECHNIQUE - AN OBSERVATION

We report the observation of right scrotal inguino hernia (tropical hernia) on a young subject of 31 years old. Tropical hernia have become rare and are faced with a therapeutic taking charge of problem. This tropical hernia has been treated by the settlement of a prosthesis without tension according to Lichtenstein technic.

It's about a simple technic of rapid realisation which gives good results and a long term recurrence rate, under 1%

**Keys words:** scrotal inguino hernia - surgery- Lichtenstein

### Introduction

Les volumineuses hernies inguino scrotales (hernies tropicales) sont devenues rares, et elles posent un problème de prise en charge chirurgicale. Nous rapportons l'observation d'une volumineuse hernie inguino scrotale droite négligée chez un patient de 31 ans. Cette observation présente un triple intérêt:

- C'est la rareté de cette affection aussi évoluée que négligée chez un sujet jeune ;
- La difficulté d'une prise en charge chirurgicale par la pose d'une prothèse, car il s'agit d'un matériel coûteux qui n'est pas toujours disponible sur le marché
- Et enfin l'intérêt du traitement chirurgical de ce type de hernie par un renfort de la paroi abdominale sans tension par une prothèse selon la technique de Lichtenstein

### Observation :

Monsieur L.X. âgé de 31 ans, chercheur d'or ( orpayeur ) a été admis dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Loandjili de Pointe- Noire le 23 octobre 2004 pour une volumineuse tuméfaction pendant entre les deux jambes avec une large ulcération sur son bout distal. L'interrogatoire révélait que cette tuméfaction indolore et irréductible de l'aine droite, sonore à la percussion était reliée à l'abdomen par un gros pédicule. Il existait une importante circulation collatérale sur la tuméfaction ainsi qu'une ulcération nauséabonde sur son extrémité distale. Le

pénis était enfoui par la tuméfaction et le testicule gauche était en place et paraissait normal. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Un bilan préopératoire était alors prescrit et comprenait une numération formule sanguine, une créatinémie, une gazométrie sanguine, un bilan de coagulation et un cliché radiologique pulmonaire. Une préparation préopératoire était alors entreprise, elle comprenait une désinfection soigneuse de l'ulcération à la liqueur de dakin, des pansements biquotidiens, une antibiothérapie à base d'amoxicilline 1g x 2/j associée au métronidazole 500 mg x 2/jrs, ainsi qu'une kinésithérapie respiratoire.

La préparation abdominale consistait à créer et à entretenir un pneumopéritoine progressif préopératoire par l'appareil de Küss qui permet également d'effectuer aisément un contrôle de la pression abdominale. Le pneumopéritoine était réalisé chez un patient à jeun, en décubitus dorsal avec un léger Trendlenburg. Nous avons réalisé au total 10 séances de pneumopéritoine progressif préopératoire avec un volume total insufflé de 10 l (à raison de 500cc à 1000cc d'air par séance), les séances étaient espacées de 48h. C'est la tolérance du patient qui dans chaque cas guidait la progression du pneumopéritoine.

La progression du pneumopéritoine progressif préopératoire était contrôlée par un cliché radiologique de l'abdomen sans préparation centré sur les coupes diaphragmatiques en

position debout. Le résultat du pneumopéritoine progressif préopératoire était optimal quant le foie et la rate semblaient être suspendus au rachis. Le 18 novembre 2004 soit après 24 jours de préparation préopératoire le patient était opéré, sous anesthésie générale, l'incision inguinale droite était de 7 cm environ de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieur.

On ouvrait l'aponévrose du muscle oblique externe dans le sens des fibres jusqu'à l'anneau inguinal superficiel en dedans, le lambeau supérieur de l'aponévrose du muscle oblique était disséqué et mettait en évidence la faux inguinale. Le lambeau inférieur de l'aponévrose du muscle oblique externe était disséqué et mettait en évidence le ligament inguinal. Le cordon spermatique était alors individualisé au niveau de l'anneau inguinal superficiel et on le mettait sur lacs ; les éléments du cordon spermatique étaient disséqués. On ouvrait alors le sac herniaire, il s'agissait d'une volumineuse hernie inguino-scrotale droite par glissement, le contenu du sac herniaire comprenait la totalité du colon droit, le coecum et l'appendice qui étaient pris dans un important processus adhérenciel et les anses grêles iléales étaient agglutinées sur une longueur de 1,5 cm environ. La dissection de ce sac herniaire était très laborieuse, le sac était alors réséqué sur ligature. On procédait alors à une cure de la hernie par la mise en place sans tension d'une plaque de polypropylène selon la technique de Lichtenstein et la plaque était fixée sur le tubercule du pubis, sur le ligament inguinal en bas et en haut sur la faux inguinale au fil non résorbable et ce après avoir précédé la plaque pour le passage du cordon, la plaque était fixée en rétro-funiculaire. Quant au testicule droit, écrasé par le contenu du sac herniaire, il était nécrosé, nous avons procédé à son ablation dans le même temps opératoire, ainsi qu'une résection partielle du scrotum droit distendu. Les suites opératoires sont satisfaisantes et le patient a été régulièrement revu en consultation chaque mois pendant 6 mois et son état de santé est satisfaisant.

#### Commentaires :

Les volumineuses hernies inguino-scrotales, hernies dites tropicales, sont rares chez le sujet jeune du fait généralement d'une consultation précoce et d'une prise en charge thérapeutique adéquate. La préparation de la peau est indispensable au cours de ces volumineuses hernies, il faut obtenir dans la mesure du possible, une peau saine et propre. Lorsqu'il existe des ulcérations trophiques, celles-ci doivent être désinfectées soigneusement [1]. Dans notre observation le patient présentait une ulcération cutanée dont les soins locaux avaient permis la cicatrisation. Selon Rives [2] le développement de ces volumineuses hernies va entraîner la formation d'ulcération trophique d'origine

ischémique. Les études histologiques menées sur des lambeaux cutanés réséqués lors du traitement des grandes éventrations confirment qu'il s'agit de la conséquence des troubles micro-circulatoires dystrophiques avec thrombose de petits vaisseaux [2].

La préparation abdominale par la création d'un pneumopéritoine progressif préopératoire est un temps essentiel dans la cure de ces volumineuses hernies inguino-scrotales tropicales car le pneumopéritoine progressif préopératoire facilite le geste opératoire lui-même grâce à la distension des muscles pariétaux, et secondairement il facilite les suites opératoires sur le plan respiratoire en plaçant progressivement le futur opéré dans une situation voisine de celle qui aurait pu être brusquement la sienne, mais qu'il n'aurait pas supportée si la hernie avait été traitée d'emblée [1]. L'étude de la littérature montre que, d'une manière générale le pneumopéritoine progressif préopératoire est peu employé, cependant de nombreux chirurgiens sud-américains l'ont utilisé dans plusieurs centaines de cas pour une cure de hernie ou encore d'éventration [3]. Stoppa est l'un des auteurs qui utilise largement le pneumopéritoine progressif préopératoire, plus de cent fois en quinze ans pour 616 cures d'éventration postopératoire [4]. Le pneumopéritoine progressif préopératoire améliore la circulation veineuse [5,6] et la circulation lymphatique [5,7]. Grâce à cet effet sur la circulation de retour, le risque thromboembolique est probablement diminué.

Si le pneumopéritoine progressif préopératoire reste dans l'ensemble peu utilisé c'est sans doute avant tout en raison des contraintes qu'il impose sa réalisation pour le patient et pour le chirurgien.

Le principe de la cure inguinale selon la technique de Lichtenstein est de réparer le défaut de la paroi abdominale à l'aide d'un filet non résorbable placé sur l'aponévrose du transverse évitant ainsi la tension sur les tissus. Les avantages de cette méthode résident dans sa simplicité technique, sa rapidité de réalisation, le peu de complication et de douleur postopératoire. Certains réalisent cette opération en chirurgie ambulatoire et pour d'autres sous anesthésie locale. Le taux de récurrence à long terme semble inférieur à 1% [8,9].

#### Conclusion

Le renfort de la paroi abdominale sans tension par la mise en place d'une prothèse en polypropylène selon la technique de Lichtenstein constitue une solution de choix dans la prise en charge des patients présentant des volumineuses hernies inguino-scrotales dites tropicales.

Cette technique est simple et bien tolérée par les patients.

**Références**

- 1- Chevrel JP, Flamant JB Monographie de l'Association Française de chirurgie. Les éventrations de la paroi abdominale. Rapport présenté au 92<sup>ème</sup> congrès Français de chirurgie. Paris 1<sup>er</sup> au 04 octobre 1990 Masson 1990 page 79-81
- 2- Rives J. en collaboration avec Pire J.C., Flament J.B., et Palot J.P.(1985) Les grandes éventrations. In chirurgie des parois de l'abdomen, J.P. Chevrel Edit Spriger, Verlag, Heidelberg, 1 vol 118-145
- 3- Goni Moreno I. Le pneumo péritoine dans la préparation pré opératoire des grandes éventrations. Chirurgie, 1970, 96,581-585.
- 4- Stoppa R., Doidy I., M'balla Ndi C., Marasse E., Henry X., Verhaege P. Réflexion à propos du lambeau cutané enfoui In situ, sur le traitement des éventrations post opératoires. Chirurgie 1988, 114, 651—654
- 5- Goni Moreno I Grandes éventrations chroniques Traitement pré opératoire par le pneumo péritoine progressif. Procédé original. Mem. Acad. Chir. 1947, 73, 184-1887.
- 6- Grillener S., Nilson J., Thorstensson A. Intra abdominal pressure changes during natural movement in man. Act. Physiol. Scand. 1978, 103,275-283
- 7- Champetier J., Vigneau B., Laborde I., Dufour C., Letoublon C., Yver R., Levy P. Le pneumo péritoine pré opératoire dans les éventrations chroniques de la paroi antérolatérale de l'abdomen à propos de 45 cas Lyon Chir ; 1983, 79, 216-222
- 8- Lichtenstein Il, Shulman Ag, Amid Pk, Monteloro Mm The tension free hernioplasty Am. J.Surg 1989; 157: 188-93
- 9- Amid Pk Lichtenstein Il. Long terme results and current status of the Lichtenstein tension free hernioplasty Hernia 1998;2:89-94

Image 1 : volumineuse hernie inguino scrotale droite (vue pré-opératoire)



Image 2 : volumineuse hernie inguino scrotale droite (vue per-opératoire)

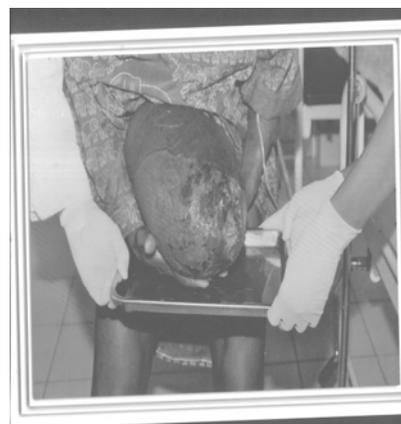


Image 3 : volumineuse hernie inguino scrotale droite (vue per-opératoire – mise en place de la prothèse)



Image 4 : volumineuse hernie inguino scrotale droite (vue post-opératoire - face)



Image 5 : volumineuse hernie inguino scrotale droite (vue post-opératoire - profil)

