

Une volumineuse hernie inguino-scrotale

A huge inguino-scrotal hernia

A. Ouazzani, W. Boudaka, P. Vaneukem et M. Ceuterick

Département de Chirurgie Digestive, C.H.U. de Charleroi

RESUME

Nous rapportons le cas d'un patient de 76 ans présentant une volumineuse hernie inguino-scrotale gauche. La réduction laparoscopique et la cure de la hernie via un abord inguinal sont réalisées. Aucune récurrence n'est observée après deux ans et demi de suivi postopératoire. Les techniques chirurgicales de reconstruction et la principale complication postopératoire sont discutées.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 189-91

ABSTRACT

We report herein a case of a 76 year-old-man, who presented a huge left inguino-scrotal hernia. Laparoscopic reduction of the hernia contents and hernia repair through an inguinal approach were performed. No recurrence was observed two years and a half postoperatively. Reconstructive surgical approach and important postoperative complications were discussed.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 189-91

Key words : huge inguino-scrotal hernia, laparoscopy, abdominal compartment syndrome

CAS CLINIQUE

Un patient de 76 ans se présente en consultation de chirurgie digestive pour une hernie inguinale évoluant depuis 20 ans. Aucun trouble du transit intestinal n'est rapporté. Parmi ses antécédents, on retiendra une valvuloplastie aortique, un pontage coronarien et une insuffisance rénale chronique. L'examen clinique révèle une énorme hernie inguino-scrotale gauche (figure 1). Contrairement au testicule droit, le testicule gauche n'est pas palpé. Un péristaltisme intestinal normal est présent à l'auscultation scrotale. Sous anesthésie générale, une laparoscopie exploratrice est réalisée afin de libérer toute adhérence ou bride facilitant ainsi la réduction. L'optique est introduit via une incision péri-ombilicale et deux trocarts sont placés au niveau des bords externes des muscles droits de l'abdomen. Le grand épiploon, l'intestin grêle, le colon transverse et la boucle sigmoïdienne sont retrouvés au niveau du scrotum. Le patient est placé en position de Trendelenburg et prudemment, nous remettons ces différents éléments au niveau de la cavité abdominale. La réduction est réalisée sans aucune résistance. Une hernie inguinale droite est observée. Grâce à une incision oblique inguinale gauche, le cordon spermatique est disséqué et un énorme sac herniaire est libéré puis réséqué. Le testicule gauche est sans particularité. Une prothèse non résorbable est fixée avec des points séparés en polypropylène 2/0 au tendon conjoint et à l'arcade



Figure 1 : Patient en position debout présentant une énorme hernie inguino-scrotale. La distension cutanée atteint le 1/3 distal des cuisses. Signalons la double composante cutanée : distension scrotale d'aspect rougeâtre à droite de la figure, et une deuxième partie dérivant de la région inguinale à gauche.

crurale. La cure de la hernie droite est réalisée par la suite via une incision inguinale. Le patient est détubé en fin de procédure sans aucun signe de détresse respiratoire et une surveillance de 24 h à l'unité de soins intensifs (USI) est réalisée. L'évolution postopératoire est sans particularité. Le péristaltisme abdominal a repris normalement au 2^{ème} jour postopératoire et le patient a quitté notre institution 4 jours après l'acte chirurgical. Une importante rétraction scrotale a été observée en postopératoire (figure 2). Deux ans et demi après la cure chirurgicale, aucune récurrence n'est observée (figure 3).



Figure 2 : Deux semaines après la réduction herniaire, on note une rétraction de l'excès cutané résiduel au niveau scrotal.

DISCUSSION

De nos jours, grâce à la détection précoce de la pathologie herniaire par les praticiens et les progrès réalisés en termes de techniques chirurgicales, la hernie inguino-scrotale «géante» est rarissime dans les pays industrialisés. Actuellement, la laparoscopie permet une excellente exploration abdominale et une approche mini-invasive de ce délabrement pariétal. Cet abord permet la libération d'adhérences et/ou brides, indispensable pour la réduction du contenu herniaire.

En chirurgie programmée, la principale complication à craindre lors de la réduction herniaire est le syndrome du compartiment abdominal¹. En effet, l'augmentation brutale de la pression intra-abdominale diminue le retour veineux en comprimant la veine cave inférieure réduisant ainsi la post-charge au niveau



Figure 3 : Deux ans après la cure chirurgicale des hernies inguinales, aucune récurrence n'est observée. Par ailleurs, le scrotum a bénéficié d'une rétraction naturelle de sa musculature pour aboutir à un aspect normal.

cardiaque ; cela pouvant aboutir à un état de choc hypovolémique. Une insuffisance respiratoire est de règle à cause de l'inhibition intra-abdominale de la mobilité diaphragmatique. Dès lors, une surveillance rapprochée à l'USI est recommandée pour détecter précocement tout signe d'hyperpression intra-abdominale.

Afin d'éviter ces complications, de multiples techniques sont rapportées dans la littérature. Par exemple, l'expansion de la paroi abdominale par insertion d'un cathéter intra-péritonéal et l'injection quotidienne de 100 à 500 cm³ d'air² d'une part, et la création d'un espace supplémentaire en utilisant des expanseurs tissulaires et des lambeaux de rotation associés ou non à des prothèses de renforcement³ d'autre part. Une autre alternative thérapeutique est le maintien du patient sous ventilation mécanique pendant environ 10 jours après la remise en place du contenu herniaire au niveau intra-abdominal³. Dans ce travail, nous rapportons le cas d'un patient présentant une volumineuse hernie inguino-scrotale gauche, ayant bénéficié en un temps opératoire d'une réduction laparoscopique du contenu herniaire, puis d'un abord inguinal bilatéral permettant la cure des deux hernies et la résection du sac herniaire gauche.

La réduction du contenu herniaire et la cure de la faiblesse pariétale via un abord exclusivement laparoscopique extra-péritonéal est une autre

alternative thérapeutique. Cet abord donne une excellente visualisation des espaces herniaires, une faible douleur postopératoire, un taux de récurrence bas (1,2 %) et un retour rapide aux activités quotidiennes⁴. Cependant, comme précisé par les auteurs, trois patients présentant une large hernie inguino-scrotale opérés selon cette technique, ont récidivé dans les premiers jours postopératoires. Cette complication précoce a pu être jugulée par voie laparoscopique (fixation supplémentaire du matériel prothétique)⁴.

La plastie scrotale peut être réalisée dans un second temps opératoire. En effet, cet excès cutané représente un excellent lambeau de recouvrement si une chirurgie réparatrice d'expansion s'avère nécessaire. Après quelques semaines postopératoires, une rétraction drastique du tissu scrotal peut être observée évitant ainsi au patient un nouvel acte chirurgical.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi P, De Backer D, Vincent JL : Abdominal compartment syndrome. Acta Chir Belg 2001 ; 101 : 59-64
2. Raynor RW, Del Guercio LR : The place for pneumoperitoneum in the repair of massive hernia. World J Surg 1989 ; 13 : 581-5
3. Codon RE : Prosthetic repair of abdominal hernia. In : Nyhus LM, Codon RE, eds. Hernia 3rd ed. Philadelphia, Lippincott, 1989 ; 39 : 559-76
4. Thill V, Simoens C, Smets D, Ngongang C, Mendes da Costa P : Long-term results of a non-randomized prospective mono-centre study of 1000 laparoscopic totally extraperitoneal hernia repairs. Acta Chir Belg 2008 ; 108 : 405-8

Correspondance et tirés à part :

A. OUZZANI
C.H.U. de Charleroi
Département de Chirurgie Digestive
Route de Gozée 706
6110 Montigny-le-Tilleul
E-mail : aouazzan@ulb.ac.be

Travail reçu le 28 août 2008 ; accepté dans sa version définitive le 17 octobre 2008.