

Fistule entéro-cutanée révélatrice d'hernie étranglée : cinq observations marocaines

Lamrani J, El Bouhaddouti H, Ankouz A, Zahid F-Z, Louchi A

Service de chirurgie B Hôpital AL Ghassani CHU Hassan II, FES, Maroc.

Med Trop 2011; **71**: 183-184

RÉSUMÉ • Cinq cas de hernies étranglées du pli de l'aîne découvertes au décours d'une fistule entéro-cutanée sont rapportées. Il existe une nette prédominance féminine avec de petites hernies crurales.

MOTS-CLÉS • Fistule entéro-cutanée. Hernie étranglée. Maroc.

ENTEROCUTANEOUS FISTULA LEADING TO DISCOVERY OF STRANGULATED GROIN HERNIA: 5-CASE SERIES IN MOROCCO

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe 5 cases of strangulated hernia discovered in patients presenting with enterocutaneous fistula. Most patients were women with small femoral hernias.

KEY WORDS • Enterocutaneous fistula. Strangulated groin hernia. Morocco.

La gravité potentielle d'une hernie étranglée est liée au risque d'occlusion intestinale aiguë et de sphacèle intestinal. Le diagnostic est généralement simple et le traitement chirurgical ne souffre aucun retard. Une fistule entéro-cutanée peut compliquer une hernie du pli de l'aîne négligée ou même plus exceptionnellement la révéler. Les observations de cinq malades pris en charge dans le service de chirurgie viscérale B de l'hôpital AL GHASSANI CHU HASSAN II de Fès au Maroc pour ce type de complication sont rapportées.

Observations

Observation 1

Une femme âgée de 40 ans, souffrant depuis 3 mois d'une tuméfaction douloureuse de la région inguinale droite sans troubles du transit, est admise pour l'apparition d'une fistule franchement stercorale de la fosse iliaque droite, de vomissements et d'une diarrhée.

La patiente était opérée par laparotomie médiane et l'exploration per-opératoire découvrait une hernie inguinale droite avec pincement latéral de la dernière anse iléale qui était le siège d'une perforation sur le versant anti-mésentérique. La cavité intra-péritonéale était intacte. La patiente bénéficiait d'une résection de dix centimètres d'intestin grêle emportant la perforation; la cure de la hernie était menée par voie intra-péritonéale. Les résultats anatomo-pathologiques de la pièce opératoire étaient en faveur de lésions ischémiques et nécrotiques sans inflammation spécifique bien qu'un transit du grêle relevait des signes indirects en faveur d'une maladie de Crohn. La durée totale de l'hospitalisation était de 10 jours et l'évolution était favorable avec un recul de près de cinq ans.

Observation 2

Une femme âgée de 50 ans, habitant en milieu rural était admise pour syndrome occlusif et fistule stercorale spontanée de la région crurale droite. La symptomatologie avait débuté 10 jours auparavant par l'installation d'un syndrome sub-occlusif avec tuméfaction douloureuse de la région crurale; puis 4 jours après par l'apparition d'une fistule stercorale de bas débit avec affaissement de la tuméfaction crurale et installation d'une diarrhée. L'examen retrouvait une patiente obèse, un état général relativement conservé, une distension et une sensibilité abdominale et enfin un pli de l'aîne macéré, infecté avec issue d'un liquide franchement stercoral. La patiente était admise au bloc après mesures de réanimation et une laparotomie médiane était décidée dans la crainte d'une péritonite associée mais aussi en raison du mauvais état local. En per-opératoire on objectivait une hernie crurale étranglée avec pincement latéral de la dernière anse iléale nécrosée sur environ 6 cm et perforée sur sa face anti-mésentérique. Une résection grêlique avec anastomose termino-terminale était réalisée. La cure pariétale était reportée et réalisée 3 mois après, au cours d'une seconde hospitalisation.

Observation 3

Une femme âgée de 70 ans présentait une semaine avant son admission un syndrome occlusif franc et 2 jours après, deux fistules stercorales du pli de l'aîne avec régression franche de la distension abdominale.

A l'admission la patiente présentait des signes francs de déshydratation, un abdomen plat et souple, une irritation avec perte de substance limitée de la région inguinale et crurale droite centrée par 2 orifices fistuleux sans tuméfaction à ce niveau. Un abord par laparotomie médiane était adopté. A l'exploration l'épanchement intra-péritonéal était séreux; la dernière anse iléale perforée sur la quasi-totalité de sa circonférence était complètement incarcerated au niveau d'une hernie crurale.

• Correspondance : lamranijhane2@yahoo.fr

• Article reçu le 23/05/2009 définitivement accepté le 1/02/2011

Au cours de la réintroduction de l'anse étranglée se faisait un important ensemencement de la cavité péritonéale, d'où la décision de transformer la perforation en stomie ; la cure pariétale était menée par voie intra-péritonéale. Des soins locaux étaient réalisés et nécessitaient une prolongation du séjour hospitalier ; la patiente était ensuite convoquée pour un rétablissement de la continuité.

Observation 4

Un homme âgé de 47 ans, non voyant, dont la situation sociale était extrêmement précaire, était admis aux urgences pour confusion et déshydratation sévère. L'examen à l'admission retrouvait une ischémie chronique bilatérale des deux membres inférieurs, une tuméfaction douloureuse, irréductible inguino-scrotale avec signes inflammatoires en regard et une nécrose, perte de substance et issue de selles au niveau de la région scrotale.

Le patient était abordé par laparotomie médiane ; à l'exploration on découvrait une anse iléale étranglée nécrosée sur près de 20 cm et perforée, une résection avec double stomie était décidée. Pris en charge en milieu de réanimation, le malade décédait à J+5 de l'intervention dans un tableau de choc cardiogénique.

Observation 5

Une femme âgée de 50 ans était admise pour fistule stercorale sur hernie crurale étranglée depuis 12 jours, l'examen retrouvait une patiente altérée, l'abdomen était distendu et tympanique, on notait également la présence d'une petite tuméfaction crurale droite centrée par deux orifices fistuleux avec issue de matières fécales liquidiennes. Une résection-anastomose de l'anse étranglée et perforée était réalisée, et l'orifice interne de la hernie était simplement refermé par voie intra-péritonéale. La région crurale était nettoyée et drainée.

Les suites opératoires étaient simples après recul de 1 an.

Discussion

Les fistules entéro-cutanées sont une entité complexe survenant en majorité dans les suites d'une intervention digestive (1) ; les fistules stercorales spontanées sont plus rares et l'apanage de la pathologie inflammatoire (MICI) ou tumorale (2).

La fistule stercorale n'est pas à notre connaissance une manifestation répertoriée de la hernie étranglée ; l'abcès pyo-stercoral est cependant un grand classique des complications herniaires ; la fistule stercorale semble correspondre à un stade ultime d'évolution dans des cas où la pathologie initiale a été ignorée. Nous avons retrouvé dans la littérature un cas d'emphysème sous cutané révélant une hernie crurale étranglée (3). Les phlegmons du sac herniaires ainsi que des fasciites nécrosantes localisées sont en revanche souvent décrits dans les hernies crurales étranglées (4-6).

Nous avons cependant été amenés sur une période de seulement 4 ans à prendre en charge cinq patients présentant ce tableau avec plusieurs degrés de gravité locorégionale et générale.

Tous les patients concernés avaient négligé leur symptomatologie initiale pour des raisons variées : un âge avancé, un niveau socio-économique précaire ou un accès aux soins difficile (zones rurales enclavées).

Le facteur anatomique est également incriminé, en effet ; la majorité de nos patients sont de sexe féminin et présentent des her-

nies crurales de petit diamètre qui sont initialement passées inaperçues ; l'obésité semble être un facteur aggravant.

Le pincement latéral (hernie de Richter) avec conservation initiale du transit a également souvent été retrouvé et semble jouer un rôle dans le retard au diagnostic devant une hernie étranglée. (7)

Pour la première patiente que nous avons prise en charge il y a 4 ans, le diagnostic n'a été évoqué qu'en per-opératoire ce qui a conduit à un retard de prise en charge et à une batterie d'examen inutiles, mais après cette expérience nous avons évoqué cette éventualité devant toute fistule stercorale du pli de l'aîne ou d'un autre orifice herniaire. La prise en charge a été dès lors plus ciblée et plus rapide, voilà pourquoi nous tenons à partager notre expérience. Cette manifestation peut être l'apanage des pays en développement mais peut aussi être retrouvée chez des patients en marge de la société et ce quel que soit le niveau sanitaire du pays concerné.

Nous avons renoncé à chaque fois à un abord électif par kelotomie en raison d'un très mauvais état local et de la crainte d'une péritonite associée.

L'évolution des patients dépend du terrain, du retard diagnostique et thérapeutique ; elle peut être fatale ou du moins entraîner une lourde morbidité et un séjour hospitalier lourd et prolongé.

L'état local intervient également dans le pronostic ; la cure pariétale peut être gênée ou reportée ; l'hospitalisation et la cicatrisation plus ou moins prolongées.

Les hernies crurales sont diagnostiquées dans plus de 50 % des cas lors d'un étranglement. C'est avant tout une pathologie de la femme. Du fait de la configuration même de l'orifice crural, ce sont des hernies de diagnostic difficile à haut risque d'étranglement (risque multiplié par 10) et de souffrance viscérale (8). Ce genre de manifestation peut être réduit si toutes les hernies crurales sont opérées peu après leur diagnostic comme c'est généralement la règle.

Conclusion

Une fistule entéro-cutanée révélant une hernie étranglée est une entité qui témoigne d'un retard diagnostique important. La sanction est chirurgicale et doit être adaptée aux conditions locales et pariétales.

Références

1. Kaur N, Minocha VR. Review of a hospital experience of enterocutaneous fistula. *Trop Gastroenterol* 2000 ; 21 : 197-200.
2. Chamberlain RS, Kaufman HL, Danforth DN. Enterocutaneous fistula in cancer patients: etiology, management, outcome and impact on further treatment. *Am Surg* 1998 ; 64 : 1204-11.
3. Marwah S, Marwah N, Sandhu DS, Karwasra RK. Strangulated femoral hernia presenting as parietal wall emphysema. *Indian J Gastroenterol* 2005 ; 24 : 218-9
4. Conn IG, Martin DL, La Ferla G. Necrotising fasciitis secondary to a strangulated femoral hernia containing perforated sigmoid diverticulum. *J R Coll Surg Edinb* 1986 ; 31 : 191-2.
5. Guirguis EM, Taylor GA, Chadwick CD. Femoral appendicitis: an unusual case. *Can J Surg* 1989 ; 32 : 380-1.
6. Muñoz E, Rodriguez JM, Bardaji M, Martinez J, Veloso E, Marco C. Emphysema of the right thigh secondary to strangulated crural hernia (Richter's hernia). *Eur J Surg* 1995 ; 161 : 697-8.
7. Fluckiger R, Huber A. Richter's hernia. An unusual disease course and incidence in a personal patient sample. *Chirurg* 1993 ; 64 : 822-6.
8. Mathonnet M., Mehinto D. Hernies crurales : techniques de réparation. *J Chir* 2007 ; 144 : 15-8.