

# L'IMAGE DU MOIS : Hernie inguino-scrotale «géante»

O. DETRY (1), A. DE ROOVER (1), P. HONORÉ (1), M. MEURISSE (1)



Fig 1. Radiographie de l'abdomen sans préparation : dilatation gastrique et grêle démontrant une occlusion digestive.

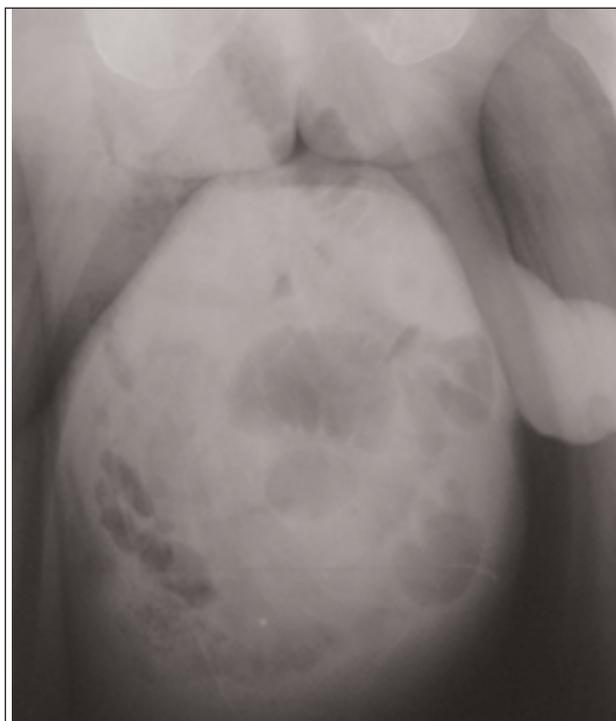


Fig 2. Radiographie du scrotum sans préparation : démonstration de structures digestives dans le scrotum.



Fig 3. Photographie opératoire : aspect de la hernie inguino scrotale géante.

## HISTOIRE DU CAS

Un homme âgé de 85 ans est admis aux urgences, adressé par son médecin de famille pour un syndrome occlusif présent depuis 48 heures. Depuis des années ce médecin connaît chez son patient la présence d'une hernie inguino-scrotale géante, mais le patient a toujours refusé d'envisager une correction chirurgicale. A l'admission, ce dernier, présente une hernie non réductible et un abdomen dilaté et tympanique. La biologie démontre une insuffisance rénale et des stigmates de déshydratation. La radiographie de l'abdomen sans préparation confirme l'occlusion digestive, avec un estomac dilaté ainsi qu'une anse grêle élargie (fig. 1). La radiographie sans préparation du scrotum confirme la présence de structures digestives en son sein (fig. 2). Le diagnostic retenu est celui d'occlusion sur hernie inguino-scrotale géante, et après une courte réhydratation, le patient est opéré (fig. 3). L'intervention confirme la présence de deux tiers du jéjunum, de l'iléon dans son entièreté, ainsi que du colon droit, dans cette hernie. La réduction herniaire nécessite l'ouverture complète du canal inguinal, puis après réduction, sa reconstruction renforcée par l'application d'une plaque non résorbable. L'évolution postopératoire du patient est favorable, et il peut quitter l'hôpital pour son domicile deux semaines après son admission. Le sac scrotal

(1) Service de Chirurgie Abdominale et Transplantation, CHU Sart Tilman B35, Liège, Belgique

résiduel doit être ponctionné à plusieurs reprises afin de vidanger un sérome post-opératoire non infecté.

## DISCUSSION

Dans les pays (hyper) médicalisés comme le nôtre, le diagnostic de hernie inguinale est généralement fait de façon précoce, dès que les patients remarquent le développement d'une tuméfaction ou d'une douleur inguinale. La grande majorité des sujets au courant de leur diagnostic sont demandeurs d'une correction chirurgicale, au vu du risque potentiel d'étranglement herniaire et l'évolution inéductible de cette hernie vers une augmentation de volume. De ce fait les hernies scrotales, et surtout les hernies scrotales géantes, sont devenues extrêmement rares.

La correction de ces hernies scrotales géantes est difficile. Le risque postopératoire principal

est une augmentation de la pression intra-abdominale suite à la réintégration d'un volume important, volume préalablement situé dans le sac herniaire scrotal. Cette augmentation de la pression abdominale peut provoquer une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale. Différentes astuces ont été proposées afin de limiter les conséquences intra-abdominales de la chirurgie, comme la préparation par création d'un pneumopéritoine progressif (1), ou la résection des structures digestives présentes dans le sac herniaire (2).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bebawi MA, Moqtaderi F, Vijay V.— Giant incisional hernia : staged repair using pneumoperitoneum and expanded polytetrafluoroethylene. *Am Surg*, 1997, **63**, 375-381.
2. Mehendal FV, Taams KO, Kingsnorth AN.— Repair of a giant inguinoscrotal hernia. *Br J Plast Surg*, 2000, **53**, 525-529.