

LA HERNIE INGUINALE DE LA FILLE AU NIGER : ASPECTS DIAGNOSTIQUE, THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIFS.

Female inguinal hernia in Niger : diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects.

Mahamoud Omid Ali Ada^{1*}, Hellé Moustapha¹, Oumarou Habou², Salahoudine Idrissa³, Leïla Aboubacar Boubakar³, Habibou Abarchi¹

1 : Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni de Niamey BP 10896 ; 2 : Faculté des Sciences de la Santé, Université de Zinder, Zinder, Niger BP 656 ; 3 : Service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo (ex Hôpital National de Lamordé), Niamey, Niger BP 10146.

***Auteur correspondant** : Dr Mahamoud Omid ALI ADA, chirurgien pédiatre Maître-assistant, Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni de Niamey. Tél : +227 90 39 57 84 / +227 98 72 70 22 ; BP : 10394 ; Fax : +227 20 31 59 97 ; Mail : mahamoudomid@gmail.com ; omidali_1999@yahoo.com

RESUME

But : Le but de cette étude était d'évaluer les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de la hernie inguinale de la fille (hernie de l'ovaire). **Patients et méthodes** : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive portant sur une période de 6 ans (1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2019). Elle incluait toutes les filles âgées de 0 à 15 ans présentant une hernie de l'ovaire reçus dans le service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey. Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques des patientes, les antécédents personnels et familiaux et celles liées aux aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. **Résultats** : Avec 23 cas recensés, la hernie de l'ovaire avait une fréquence hospitalière de 8,7%. Les patientes étaient en moyenne âgé de 5,6 ans (extrêmes : 4 mois et 11 ans). La durée moyenne d'évolution avant le diagnostic était de 8 mois (extrêmes : 0 jours et 36 mois). La hernie était principalement située à droite : 14 cas (60,85%). Le sac herniaire au cours de l'intervention était le plus souvent vide : 11 cas (47,85%). Il contenait au moins l'ovaire chez 10 patientes (43,5%). Il y avait 2 cas de hernie étranglée (8,6%). Toutes les patientes bénéficièrent d'une herniotomie. Le délai opératoire moyen était de 26,7 jours (extrêmes : 0 jours et 146 jours). Aucun décès et aucune complication postopératoire après un suivi de 3 mois n'avaient été enregistrés. **Conclusion** : La hernie de l'ovaire est dans cette étude une affection rare rencontrée souvent chez la petite fille. Malgré une prise en charge tardive les résultats thérapeutiques étaient satisfaisants. **Mots-clés** : hernie inguinale, ovaire, ectopie ovarienne, Niger

SUMMARY

Aim: The aim of this study was to evaluate the diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of female inguinal hernia (ovarian hernia). **Patients and methods**: This was a prospective and descriptive study lasting 6 years (1st January 2014 to 31st December 2019). It included all girls aged 0 to 15 years old with ovarian hernia, received in the pediatric surgery department of the Hôpital National Amirou Boubacar Diallo in Niamey. The variables studied were the socio-demographic characteristics of the patients, personal and family history, and those related to diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects. **Results**: With 23 recorded cases, ovarian hernia had a hospital frequency of 8.7%. The average age of the patients was 5.6 years (range: 4 months and 11 years). The average duration of evolution before diagnosis was 8 months (range: 0 days and 36 months). The hernia was mainly located on the right side: 14 cases (60.85%). The hernial sac during the operation was most often empty: 11 cases (47.85%). It contained at least the ovary for 10 patients (43.5%). There were 2 cases of strangulated hernia (8.6%). All the patients benefited from a herniotomy. The average operating time was 26.7 days (range: 0 days and 146 days). No deaths and no postoperative complications were recorded after a 3-month follow-up. **Conclusion**: Ovarian hernia in this study is a rare condition often encountered in young girls. In spite of a late treatment, the therapeutic results were satisfactory. **Keywords**: inguinal hernia, ovary, ovarian ectopy, Niger

INTRODUCTION

La hernie inguinale de la fille ou hernie de l'ovaire est une hernie qui fait issue par le canal inguinal au-dessus de l'arcade crurale [1]. Elle est d'origine malformative, due à la persistance du canal de Nüeck équivalent du canal péritonéo-vaginal [1, 2]. L'ovaire qui est situé juste devant cet orifice a tendance à être le premier organe à hernier. Ceci explique le nom de hernie de l'ovaire. Cette pathologie est rare et apparaît habituellement dans les premiers mois de vie [2]. Son diagnostic est

clinique, reposant sur l'apparition d'une tuméfaction ovulaire indolore au niveau de l'orifice inguinal externe [1].

C'est une semi-urgence du fait du risque de torsion ovarienne ou d'étranglement des anses intestinales [3]. Un traitement chirurgical est justifié dans un bref délai après le diagnostic pour une hernie simple et en urgence en cas d'irréductibilité [1]. Au Niger, cette pathologie n'a pas été spécifiquement étudiée [4]. Le but de notre travail était d'évaluer les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de la

hernie de l'ovaire dans le Service de Chirurgie pédiatrique de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive réalisée dans le service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo (ex Hôpital National de Lamordé). Elle s'est déroulée sur une période de 6 ans, allant du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2019.

Toutes les patientes âgées de 0 à 15 ans reçues dans le service pour une hernie de l'ovaire durant la période d'étude avaient été incluses. Les cas de récurrence qui avaient précédemment bénéficié d'une cure chirurgicale pour hernie de l'ovaire dans une autre structure n'avaient pas été inclus dans l'étude.

Les variables étudiées étaient :

- sociodémographiques : l'âge, le sexe, la notion de consanguinité ;
- diagnostiques : le motif de consultation, le délai diagnostique (temps écoulé entre le début de la symptomatologie et le diagnostic), la latéralité de la hernie, le contenu du sac herniaire, le type de hernie (simple ou étranglée), les pathologies associées ;
- thérapeutiques et évolutifs : le délai opératoire, la morbidité jusqu'au troisième mois après l'intervention et la mortalité.

RESULTATS

Vingt-trois cas de hernie de l'ovaire ont été recensés. L'incidence annuelle de la hernie de l'ovaire était de 3,8 cas en moyenne. Sa fréquence hospitalière était de 0,8% (n=2773). La hernie de l'ovaire constituait 8,7% des hernies inguinales prises en charge dans le service (n=264).

La moyenne d'âge des patientes était de 5,6 ans avec des extrêmes de 4 mois et 11 ans. Il y avait une prédominance de la tranche d'âge des patientes âgées de 2 à 5 ans avec 10 patientes soit 43,5% des cas (Tableau I).

Aucun cas d'antécédent d'hypotrophie n'avait été enregistré. Trois cas d'antécédent de prématurité (13%) et 2 cas d'antécédent familial de hernie inguinale ont été retrouvés (8,7%). Il y avait une consanguinité de deuxième degré chez les parents de 12 patientes (52,1%).

La tuméfaction inguinale (22 cas) ou inguino-labiale (1 cas) était le principal motif de consultation chez toutes nos patientes. La durée moyenne d'évolution avant le diagnostic était de 8 mois avec des extrêmes de 0 jours et 36 mois. Sept (7) patientes (soit 30,5% des cas) avaient un délai diagnostique compris entre 6 et 12 mois (Tableau I). La hernie était principalement située à droite : 14 cas soit 60,85% (Tableau II). Au cours de l'intervention le sac herniaire était le plus souvent vide : 11 cas (47,85%). Chez 4 patientes (soit 17,4% des

cas), il y avait une ectopie ovarienne (Tableau II).

La hernie était simple chez 21 patientes. Il y avait 2 cas de hernie étranglée soit 8,6% des cas (figure 1). Il s'agissait de nourrissons âgés de 8 et 15 mois. Le contenu du sac herniaire était respectivement l'ovaire et l'intestin grêle et l'intestin grêle qui étaient de bonne viabilité.

Dix (10) patientes (43,5%) présentaient une pathologie associée : 7 cas (30,5%) une hernie ombilicale et 3 cas (13%) un pseudohermaphrodisme féminin avec hypertrophie clitoridienne. Les hernies étaient unilatérales dont 1 à gauche et 2 à droites dans les cas de pseudohermaphrodisme féminin. Pour ces patientes ainsi que pour le cas de hernie inguinale bilatérale, le sexe féminin fut confirmé par une échographie abdominopelvienne et le caryotype.

Toutes les patientes bénéficièrent d'une herniotomie sous anesthésie générale. Le délai opératoire moyen était de 26,7 jours avec des extrêmes de 0 jours et 46 jours.

Aucun décès et aucune complication postopératoire après un suivi de 3 mois n'ont été enregistrés.

DISCUSSION

L'incidence annuelle de la hernie de l'ovaire dans notre étude était de 3,88 cas par an. Dans la littérature elle varie de 1,75 à 22 cas par an [3, 5-7]. Les hernies de l'ovaire constituaient 8,7% des hernies inguinales dans notre étude. Des résultats similaires ont été retrouvés en Côte d'Ivoire et au Mali : respectivement 7,69% et 8,9% [3, 8]. La moyenne d'âge de nos patientes était de 5,6 ans. Pour plusieurs auteurs la moyenne d'âge était moins élevée entre de 3,8 ans et 5 ans [3, 7, 6, 9]. Une telle différence pourrait être liée à un délai de prise en charge plus long dans notre série. Trois de nos patientes avaient un antécédent de prématurité soit 13% des cas. Dans la littérature on note 6 à 30% de cas de prématurité [1, 10]. Selon Hakan, la prématurité augmente l'incidence des hernies inguinales de 7 à 17% [11]. La tuméfaction inguinale ou inguino-labiale était le motif de consultation chez toutes nos patientes. Pour Bapna et Osifo la tuméfaction inguinale constituait le motif de consultation pour respectivement 95% et 70,5% des patientes [7, 12]. Dans notre étude le délai moyen du diagnostic était de 8 mois. Oudesluys-Murphy a retrouvé un délai diagnostique moyen plus court : entre 1 à 2 mois [5]. Cette différence pourrait être liée à un retard de consultation des parents ou la méconnaissance de la maladie concernant nos patients. Dans notre série la hernie était surtout localisée à droite (n=14, 60,85%). Osifo et Dreuning retrouvent une prédominance de la localisation droite moins importante : respectivement 31,3% et 50,1% [7, 13]. En l'absence de notion de prématurité, les hernies unilatérales sont

les plus fréquentes [13]. Afin de ne pas méconnaître une hernie controlatérale asymptomatique une exploration chirurgicale peut être réalisée. La nécessité ou non d'une telle exploration a longtemps été débattue. Elle peut se justifier pour les nourrissons prématurés chez qui on observe une incidence élevée de hernie bilatérale [2]. A l'opposé la faible proportion de patiente qui développerait une hernie métachrone après une cure herniaire ipsilatérale (8% pour Puri) contre-indiquerait une exploration controlatérale [2]. De plus l'échographie et la laparoscopie sont à présent deux bons moyens pour mettre en évidence une persistance du canal péritonéovaginal controlatérale [2]. Une hernie bilatérale impose de déterminer le sexe chromatinien afin de ne pas méconnaître un syndrome d'insensibilité complète aux androgènes. Chez 10 de nos patientes (43,5%), le sac herniaire contenait au moins l'ovaire. Différentes études ont rapporté 13,33% à 46,6% de cas de hernie à contenu ovarien [5, 7, 9, 13, 14]. L'incidence d'un contenu ovarien est d'autant plus importante que l'enfant est jeune (moins de 5 ans surtout) et a un bas poids de naissance [13, 15]. La trompe de Fallope peut également être dans le sac herniaire jusque dans 31% des cas [16]. La présence de l'utérus est exceptionnelle : 10 cas ont été recensés dans la littérature [16].

Dans notre étude l'ectopie ovarienne a été retrouvée chez 4 patientes (17,4%). La proportion d'ectopie ovarienne dans d'autres séries varie grandement : 2,9% à 24,4% des hernies de l'ovaire [7, 17].

Il y avait 2 cas (8,6%) de hernie étranglée dans notre série. L'étranglement herniaire était moins fréquent dans d'autres études : 1,68% et 6% des cas [13, 14]. La prématurité a été identifiée comme un facteur de risque de survenue d'un étranglement herniaire [13].

Une éventuelle adhérence du contenu herniaire au sac herniaire rend plus délicat la cure herniaire du fait de risque de léser les annexes durant la dissection [16].

Dans notre série comme dans celle de plusieurs auteurs, aucune patiente n'a présenté des complications postopératoires [3, 5, 7, 11, 14, 15]. Dreuninga rapporté des cas de récurrence de hernie et de hernie de l'ovaire controlatérale métachrone : respectivement 0,3% et 6,1% des cas [13]. Nous n'avons enregistré aucun décès. La mortalité de la hernie de l'ovaire est rare. Dans le cas d'une hernie étranglée elle peut varier de 5 à 10 % [18].

CONCLUSION

La hernie de l'ovaire est dans notre pratique une pathologie rare, de prise en charge diagnostique et thérapeutique tardive. Dans plus d'un tiers des cas le sac herniaire comportait l'ovaire ou une pathologies était associées à la hernie (hernie ombilicale,

pseudohermaphrodisme féminin). Toutefois les résultats après la cure herniaire étaient satisfaisants.

REFERENCES

- 1- Michel JL., Lapointe S., De Napoli-Cocci. S. Hernies de l'enfant. EMC ; pédiatrie 4-018-A-10 ; Paris : Elsevier ; 2000 ; 7 p.
- 2- Glick Ph L, Boulanger S. C. Inguinal Hernias and Hydroceles In: Coran A. G. eds. Pediatric Surgery Seventh Edition part 3 Elsevier Saunders, Philadelphia, 2012 : 985-1001
- 3- Rose N.K., Messou M., Bertrand K.J., Patrick Y.J., Franck L.G. Management of Ovarian Hernia in Children, in Teaching Hospital of Bouaké, Côte d'Ivoire Prise en Charge des Hernies de l'ovaire de l'enfant au CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2018, 8 : 1438-44.
- 4- Harouna Y, Gamatie Y, Abarchi H, Bazira L. Les hernies inguinales de l'enfant. Revue de la littérature à propos de 98 cas. Méd Afr Noire, 2001;48(5):199-203.
- 5- Oudesluys-Murphy AM, TENG HT, Boxma H. Spontaneous regression of clinical inguinal hernias in preterm female infants. J Pediatr Surg. 2000; 35(8):1220-1
- 6- Guner Y S, Emami C N, Chokshi NK, Wang K, Shin C E. Inversion Herniotomy: A Laparoscopic Technique for Female Inguinal Hernia Repair. Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques. 2010 ; Volume 20, Number 5 : 481-4.
- 7- Osifo OD, Ovueni ME. Inguinal hernia in Nigerian female children: beware of ovary and fallopian tube as contents. Hernia. 2009 ; 13(2):149-53.
- 8- Amadou I, Coulibaly Y, Coulibaly MT, Coulibaly MO, Traoré B, Keita M, Traoré F, Coulibaly Y, Sogoba Y, Koné A, Djiré MK, Kamaté B, Doumbia A, Diall H, Coulibaly O, Maiga B, Ali Ada MO, Konaté M, Diakité I, Maiga M, Ouologuem H, Diallo G. Les pathologies du canal péritonéo-vaginal en chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Mali Médical, 2018 ; 33 (2) : 17-20.
- 9- Ozbey H., Ratschek M., Schimpl G., Hollwarth ME. Ovary in Hernia Sac: Prolapsed or a Descended Gonad? J. Pediatric Surgery, vol 34, No 6 (June) 1999: p.977-80.
- 10- Decou JM, Gauderer MW. Inguinal hernia in infants with very low birthweight. Semin Pediatr Surg 2000; 9(2): 84-7.
- 11- Hakan A., Nilifer G. Inguinal Hernia Containing Both Ovaries and the Uterus in an Infant. J Ultrasound Med 2012 ; 31:1137-39
- 12- Bapna N, Swarankar M, Khandelwal S, Neelam B. A rare case of ectopic ovary. J Obstet Gynecol India. 2007 ; Vol. 57, No. 2 : 173-4.
- 13- Dreuning K.M.A., Barendsen R.W., Paul van Trotsenburg A.S., Twiskos WR J, Sleeboom C, Ernest van Heurn LW et al. Inguinal hernia in girls: A retrospective analysis of over 1000 patients. Journal of Pediatric Surgery. 2020 ; 55 : 1908-13
- 14- Takehara H., Hanaoka J., Yusuke A. Laparoscopic strategy for inguinal ovarian hernias in children: when to operate for irreducible ovary. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2009 ; 19 Suppl 1:129-31.
- 15- Fowler C.L. Sliding indirect hernia containing both ovaries. Journal of Pediatric Surgery. 2005 ; 40 : 13-14.
- 16- Cascini V, Lisi G, Di Renzo D, Pappalopore N, Lelli Chiesa P. Irreducible indirect inguinal hernia containing uterus and bilateral adnexa in a premature female infant: Report of an exceptional case and review of the literature. Journal of Pediatric Surgery. 2013 ; 48 : 17-19
- 17- Kamran A M., Ruqaiya M.S., Hani Q., Al Kalbani M, Al Harthy A. Ovarian hernia a rarity. SQU Med J. 2012, Vol. 12, (2): 225-7.
- 18- Rantomalala H.Y.H., Andriamanarivo M.L., Rasolonjatovo T.Y., Rakotoarisoa A.J.C., Rakotoarisoa B, Razafindramboah H., Ranaivozanany A. Les hernies inguinales étranglées chez l'enfant. Archives de pédiatrie. 2005 ; 12 : 361-65.