

ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PATHOLOGIES DU CANAL PERITONEO-VAGINAL AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE DAPAONG (TOGO)

CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF PERSISTENT PROCESSUS VAGINALIS AT THE REGIONAL HOSPITAL OF DAPAONG (TOGO)

SEWA EV^{1,6}, TENGUE KK^{2,6}, KPATCHA MT^{2,6}, BOTCHO G^{3,7}, LELOUA EA², AMEGAYIBOR O², ANOUKOUM T^{2,6}, ATTIPOU K^{4,6}, DOSSEH ED^{5,6}

1. Service de Chirurgie, Centre Hospitalier Régional de Dapaong

2. Service d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé

3. Service de Chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire de Kara

4. Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Lomé

5. Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Lomé

6. Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé

7. Faculté de Médecine, Université de Kara

Auteur correspondant: Docteur SEWA Edoé Viyomé, Chirurgien, Chef de Clinique Assistant, Centre Hospitalier Régional de Dapaong, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé, E-mail : viyomedoe@gmail.com; viyomedoe35@yahoo.fr

Résumé :

But : Décrire les formes cliniques des persistance du canal péritonéo-vaginal et leur prise en charge au Centre Hospitalier Régional de Dapaong (TOGO).

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée du 1er Janvier 2009 au 31 Décembre 2013 soit sur une période de cinq ans, incluant tous les patients opérés pour persistance du canal péritonéo-vaginal.

Résultats : Les persistance de canal péritonéo-vaginal avaient représenté 20% des patients opérés pour tuméfaction inguino-scrotale. On avait dénombré 5 patients adultes et 111 de moins de quinze ans. Les hernies inguinales et inguino-scrotales non étranglées avaient été les plus fréquentes avec 37,9% des cas, suivies des hydrocèles communicantes (21,6%), des hernies inguinales étranglées (19,8%), des hydrocèles non communicantes (13,8%) et des kystes du cordon spermatiques (6,9%). Le traitement chirurgical avait été la règle chez tous les patients et avait consisté en une fermeture du canal péritonéo-vaginal. Les suites opératoires avaient été simples dans 97% des cas. Aucune complication tardive n'avait été décelée sur un recul de deux ans.

Conclusion : Les persistance du canal péritonéo-vaginal sont fréquentes chez les enfants dans notre pratique urologique et sont dominées par les hernies inguinales et inguino-crotales. Leur traitement est chirurgical.

Mots clés : Canal péritonéo-vaginal, hernie, hydrocèle, Togo

Summary:

Objective: To describe the clinical forms of the persistence of the processus vaginalis and their management at the Regional Hospital of Dapaong (TOGO)

Patients and method: It was a retrospective study from 1st January 2009 to 31st December 2013 or over a period of five years, including all patients operated for persistent of processus vaginalis.

Results: The persistence of processus vaginalis had represented 20% of patients undergoing inguinal scrotal swelling. We had counted five adult patients and 111 aged of less than fifteen. Not strangled inguinal and inguino-scrotal hernias were the most frequent with 37.9% of cases, followed by communicating hydrocele (21.6%), inguinal strangulated hernias (19.8%), non-communicating hydrocele (13.8%) and cysts of the spermatic cord (6.9%). Surgical treatment was the rule in all patients and was consisted in closure of the processus vaginalis. The postoperative course was uneventful in 97% of cases. No late complication had been detected on a decline in two years.

Conclusion: The persistences of the processus vaginalis are common among children in our urological practice and are dominated by inguinal and inguino-scrotal hernias. Their treatment is surgical.

Keywords: Processus vaginalis, hernia, hydrocele, Togo

INTRODUCTION

Le canal péritonéo-vaginal est un conduit ouvert entre le scrotum et la cavité péritonéale. Présente au cours de la vie fœtale, il se ferme normalement à la naissance, devenant un reliquat fibreux nommé ligament de Cloquet [1]. Mais dans certaines circonstances, il peut anormalement persister, donnant lieu à diverses pathologies liées au passage de certains éléments du contenu abdominal dans le scrotum [2]. Ces pathologies, désignées sous le terme persistance de canal péritonéo-vaginal (PCPV), sont plus souvent décrites chez les enfants, mais ne sont pas rares chez les adultes. Le but de ce travail était de décrire les aspects cliniques et la prise en charge de cette anomalie au Centre Hospitalier Régional de Dapaong (Togo).

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif, menée du 1er Janvier 2009 au 31 Décembre 2013, soit une période de cinq (05) ans. Elle avait été réalisée dans le service de chirurgie du Centre Hospitalier Régional de Dapaong au Togo. Avaient été inclus tous les patients admis dans le service pour tuméfaction inguinale, inguino-scrotale ou scrotale et chez lesquels l'examen et ou l'intervention chirurgicale avait permis de noter une forme de persistance du canal péritonéo-vaginal. Les patients non opérés n'avaient pas été inclus. Les paramètres suivants avaient été étudiés : l'âge, la durée d'évolution des symptômes, le mode d'admission, le traitement chirurgical ainsi que les suites opératoires. Ces paramètres avaient été enregistrés à partir des dossiers des patients et comptes rendus opératoires sur une fiche d'enquête et traités grâce au logiciel informatique Epi info version 3.5.1.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 584 patients avaient été opérés pour une tuméfaction inguino-scrotale. Parmi eux, 116 soit 20% avaient présentait une persistance de canal péritonéo-vaginal. Cent onze patients avaient moins de quinze ans et l'âge moyen était de 9,2 ans avec des extrêmes de 18 mois et 29 ans. L'anamnèse n'avait pas retrouvé de notion de prématurité. Le motif de consultation était une inquiétude parentale quant à l'augmentation du volume des bourses dans 80% des cas. Un scrotum aigu avait été le mode d'admission chez 23 patients (20%), dont 18 enfants et 5 adultes. La hernie inguino-scrotale non étranglée avait été la pathologie la plus rencontrée comme le montre le Tableau I.

Tableau I : Présentation clinique des persistances du canal péritonéo-vaginal

| | Effectif | Pourcentage |
|--|----------|-------------|
| Hernie inguinale ou inguino-scrotale non étranglée | 44 | 37,9 |
| Hydrocèle communicante | 25 | 21,6 |
| Hernie inguino-scrotale étranglée | 23 | 19,8 |
| Hydrocèle non communicante | 16 | 13,8 |
| Kyste du cordon spermatique | 8 | 6,9 |
| Total | 116 | 100 |

Le délai moyen de prise en charge avait été de 3,2 semaines. Le traitement avait été chirurgical et avait consisté en une fermeture du canal péritonéo-vaginal dans tous les cas. L'abord inguinal avait été la règle, associée ou non à une scrototomie ou à la laparotomie médiane selon les cas (Tableau II). Cette dernière avait été réalisée dans les cas où une résection intestinale était nécessaire. La cure herniaire chez les sujets adultes avait été faite selon la technique de Bassini.

Tableau II : Voies d'abord dans les cures de persistance du canal péritonéo-vaginal

| | Effectif | Pourcentage |
|--|----------|-------------|
| Voie inguinale seule | 107 | 92,2 |
| Voie inguinale + scrototomie | 6 | 5,2 |
| Voie inguinale + Laparotomie médiane sous ombilicale | 3 | 2,6 |
| Total | 116 | 100 |

Une réduction par taxis avait été réalisée chez 13 enfants ayant présenté un étranglement herniaire, suivie secondairement de la cure 10 jours plus tard. Les suites opératoires immédiates avaient été simples dans 97% des cas. On avait noté 3 suppurations pariétales et 6 cas d'hématome de bourses ayant bien évolué sous traitement antibiotique, anti-inflammatoire, anti-œdémateux et pansements quotidiens selon les cas. La durée d'hospitalisation était en moyenne de 2,1 jours avec des extrêmes de 1 et 5 jours. Tous les patients étaient revus sur un recul de 2 ans. Aucune complication ni récurrence tardive n'avait été décelée.

DISCUSSION

Les persistances du canal péritonéo-vaginal (PCPV) sont fréquentes en pratique urologique. En effet, seuls 18% des enfants nés à terme auraient leur canal péritonéo-vaginal fermé à la naissance [3]. D'après Wang KS [4], la prévalence de la PCPV serait de près de 80% chez les nouveaux nés à terme et le risque qu'elle soit symptomatique diminue avec l'âge, le canal péritonéo-vaginal pouvant encore se fermer spontanément après la naissance. Sarr A. et al [5] à Dakar en avaient dénombré 163 cas en cinq

ans de pratique urologique.

A travers la littérature, il n'existe pas de causes spécifiques entraînant cette pathologie ; néanmoins, la prématurité a été citée comme facteur de risque et retrouvée chez 24,7% des enfants de la série de Koski ME et al [6]. Ce facteur n'avait été retrouvé chez aucun de nos patients. L'âge moyen de 9,2 ans reflète la fréquence la plus élevée de la pathologie chez les enfants témoignant de sa nature congénitale.

Néanmoins, elle peut être découverte chez l'adulte comme chez 5 patients de notre série. Il s'agissait de patients qui avaient négligé leur maladie ou qui n'avaient pas consulté par manque de moyens financiers, et qui n'avaient été vus qu'au moment d'une complication évolutive notamment l'étranglement herniaire. D'autres auteurs avaient également retrouvé dans leur série des patients adultes [5]. L'augmentation du volume des bourses avait été le principal motif de consultation. Elle peut être associée selon certains auteurs à d'autres anomalies en l'occurrence une cryptorchidie entrant dans le cadre de malformations multiples [7, 8], mais aucune n'avait été retrouvée chez les patients de notre série.

La hernie inguino-scrotale non étranglée avait été la forme la plus fréquente de PCPV, suivie de l'hydrocèle communicante. Sarr A. [5] à Dakar avait retrouvé plutôt une prédominance de l'hydrocèle communicante soit dans 52%. Il n'existe cependant pas de facteurs particuliers déterminant la forme anatomique de la PCPV mais la taille du collet détermine la possibilité ou non du passage des anses intestinales dans le scrotum. Il s'agira alors d'une hernie lorsque le collet est grand et d'une hydrocèle lorsqu'il est plus petit. L'étranglement herniaire quant à lui avait représenté le troisième mode de découverte de la PCPV : le tableau clinique étant une grosse bourse aigue. Gnassingbé K. et al [9] à Lomé avaient retrouvé l'étranglement herniaire chez 49% des patients de leur série, représentant ainsi la première cause de grosses bourses aiguës chez l'enfant.

Sur le plan thérapeutique, la réduction par taxis avait été la première étape du traitement des hernies étranglées de l'enfant. Cette technique de réduction, préconisée chez les enfants avant un traitement à froid permet la régression des phénomènes inflammatoires accompagnant l'étranglement herniaire. Les risques encourus par une chirurgie en urgence étant la déchirure du sac herniaire fragilisé par l'inflammation, entraînant une mauvaise fermeture et pouvant aboutir d'une part à la récurrence mais aussi d'autre part au risque de lésion du canal déférent pris dans la masse inflammatoire du cordon spermatique [10].

Ainsi tous les enfants ayant présenté une hernie étranglée avaient été opérés dans un délai de 10 jours après la réduction. Ce procédé de prise en charge a été possible car ces enfants avaient été vus tôt et la tentative de réduction réussie. Notre at-

titude a été similaire à celle de Gnassingbé et al [9] qui opéraient les hernies étranglées de l'enfant dans un délai moyen de 10 jours après réduction par taxis. En cas d'échec de la réduction ou de long délai de consultation, l'intervention en urgence doit être de mise. En ce qui concerne les formes non étranglées, les patients sont opérés dès qu'ils sont prêts pour l'intervention. Ce facteur dépendant des patients explique le délai moyen du traitement de 3,2 semaines retrouvé dans notre étude. Pourtant, selon Zamakhshary M. et al [11], le traitement chirurgical doit être effectué le plus vite possible car 12% des hernies inguinales chez l'enfant ont un risque d'étranglement dès le diagnostic posé. Ils préconisent donc un délai d'attente maximal de 14 jours pour la chirurgie. Il n'en est pas de même chez les adultes où le traitement chirurgical s'est fait en même temps et a d'ailleurs contribué à poser le diagnostic en per-opératoire. En effet, il n'existe pas de signe spécifique permettant cliniquement de distinguer la présence d'une PCPV devant une hernie étranglée de l'adulte.

Si l'indication thérapeutique est sans équivoque pour les hernies par PCPV, elle l'est moins pour les hydrocèles. En effet, on peut avoir une résolution spontanée chez les enfants au cours de la première année de vie [6], notamment pour les hydrocèles communicantes. Dans notre cas, l'attitude a été un traitement chirurgical car tous les patients avaient été vus à partir de l'âge de 18 mois, mais aussi le volume des bourses laissait peu présager une résolution spontanée. Il en a été de même pour les hydrocèles non communicantes où le traitement doit être entrepris le plus vite possible à cause des effets délétères de la compression du testicule par la masse liquidienne [12].

L'abord inguinal avait été la plus utilisée dans notre travail soit dans 92,2%. Il présente comme avantage la fermeture du canal péritonéo-vaginal à l'orifice profond du canal inguinal, évitant ainsi les récurrences. Selon Adel L. [13], cette voie d'abord réduit considérablement la morbidité opératoire. Elle avait été associée selon les cas à une scrototomie pour les volumineuses hydrocèles non communicantes ne pouvant être extraites par la voie inguinale, et à la laparotomie dans les cas de hernies étranglées. La chirurgie des PCPV est grevée d'une morbidité très faible, en témoignent les 97% des suites opératoires simples de notre série. Elles étaient de 95% dans la série de Sarr et al [5].

REFERENCES

- 1- Mellal A. Application pratique de l'anatomie humaine Tome 1- Viscères du tronc. Paris:éditions Publibook,2010:255 pages.
- 2- Rahman N, Lakhoo K. Patent processus vaginalis: a window to the abdomen. Afr J Paediatr Surg

2009;6:116-7.

3- Julia Spencer Barthold. Abnormalities of testis and scrotum, and their surgical treatment. In : Louis R Kavoussi, Andrew C. Novick, Alan W. Partin, Craig A. Peters, eds. Campbell-Walsh Urology, tenth edition, volume 4. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012. p.3557-3595.

4- Wang KS. Assessment and management of inguinal hernia in infants. *Pediatrics* 2012;130:768–773.

5- Sarr A, Sow Y, Fall B, ZeOndo C, Thiam A, Ngandeu M, Diao B, Fall PA, Ndoeye AK, Ba M, Diagne BA. La pathologie du canal péritonéo-vaginal en pratique urologique. *Progrès en urologie* 2014;24(10):665-9.

6- Koski ME, Makari JH, Adams MC, Thomas JC, Clark PE, Pope JC, Brock JW. Infant communicating hydroceles: do they need immediate repair or might some clinically resolve? *J Pediatr Surg* 2010;45(3):590-3.

7- Lao OB, Fitzgibbons RJ Jr, Cusick RA. Pediatric inguinal hernias, hydroceles, and undescended testicles. *Surg Clin North Am* 2012;92(3):487-504.

8- Luciano AF, Waldemar SC, Francisco JS. Relationship between the persistence of the processus-vaginalis and age in patients with cryptorchidism. *International Braz J Urol* 2005;31(1):57-61.

9- Gnassingbé K, Akakpo-Numado GK, Songne-G B, Anoukoum T, Sakiye KA, Kao M, Tekou H. Les grosses bourses douloureuses de l'enfant. *Mali médical* 2009;24(3):31-35.

10- Galifer RB, Bosc O. Les anomalies congénitales du canal péritonéo-vaginal. *Pédiatrie* 1987;42:103-9.

11- Zamakhshary M, To T, Guan J, Langer J. Risk of incarceration of inguinal hernia among infants and young children awaiting elective surgery. *Canadian Medical Association Journal* 2008;179(10):1001-5.

12- Jozsa T, Telek A, Kutasy B, Benyo M, Csanadi G, Kovacs I, Balla G, Flasko T, Csernoch L, Kiss C. Effect of hydrocele on appendix testis in children. *Asian Journal of Andrology* 2009;11:741-5.

13- Adel Lasheen. Hydrocelectomy through the inguinal approach versus scrotal approach for idiopathic hydrocele in adults. *Journal of the Arab Society for Medical Research* 2012;7:68-72.