

Un cas de hernie inguinale de l'ovaire chez un nourrisson

A case of inguinal ovarian hernia in an infant

Rafaralahivoavy TR^{1*}, Rakotovao MA², Razafimanatsoa ME², Ramamonjinirina TP³, Ahmad A⁴

1. Service d'imagerie médicale, CHU Andrainjato Fianarantsoa, Madagascar
2. Unité chirurgicale, CHU Andrainjato Fianarantsoa, Madagascar
3. Service de Pédiatrie, CHU Andrainjato Fianarantsoa, Université de Fianarantsoa Madagascar
4. Service d'imagerie médicale, HUIRA, Université d'Antananarivo Madagascar

* Auteur correspondant : RAFARALAHIVOAVY Tojo

tojoremirafaralahivoavy@gmail.com

RESUME

Introduction : La hernie inguinale chez le nourrisson est moins fréquente chez la fille que les garçons. Nous rapportons ici un cas de hernie inguinale ovarienne non compliquée, pour justifier la place de l'échographie abdomino-pelvienne.

Observation : Il s'agit d'un nourrisson de 1 mois et demi, de sexe féminin sans antécédent particulier qui présentait cliniquement une tuméfaction de l'aîne gauche avec une masse ferme palpable et réductible. L'échographie abdomino-pelvienne a confirmé une hernie avec un contenu ovarien. Le nourrisson a bénéficié d'un traitement chirurgical à type d'héniorrhaphie.

Conclusion : Au cours d'une hernie inguinale du nourrisson de sexe féminin avec masse palpable, une échographie doit être demandée de façon systématique pour rechercher une hernie ovarienne. Il faut référer l'enfant dans un meilleur délai et convaincre la famille qui n'est pas toujours d'emblée convaincu, car la prise en charge reste chirurgicale.

Mots clés : Echographie, hernie inguinale, nourrisson, ovaire

ABSTRACT

Introduction : Inguinal hernia in infants is less frequent in girls than boys. We report here a case of an ovarian inguinal hernia without complication, to justify the place of abdomino-pelvic ultrasound.

Case report : A one month and half old female infant with no particular medical history, who had a lump on her left groin. On physical examination a reducible firm mass was palpated. The abdomino-pelvic ultrasound confirms a hernia with an ovarian content. The infant received a herniorrhaphy surgical treatment type.

Conclusion : In the case of an inguinal hernia in a female infant with a palpable mass, ultrasound should be systematically requested to establish an early diagnosis of an ovarian hernia. The infant have to be referred as soon as possible and the family must be convinced, because the treatment remains surgical.

Keywords : Ultrasound, inguinal hernia, infants, ovary

INTRODUCTION

La hernie inguinale est 6 fois moins fréquente chez la fille que chez le garçon [1]. La hernie inguinale chez la fille est due à la persistance du canal de Nuck [2]. Le diagnostic précoce d'une hernie inguinale de contenu ovarien est important, car un étranglement herniaire ou une torsion est possible entraînant une nécrose [3,4]. Nous rapportons ici le cas d'une hernie inguinale de contenu ovarien non compliquée chez un nourrisson, pour justifier la place de l'échographie abdomino-pelvienne.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un nourrisson de 1 mois et demi, de sexe féminin qui a présenté une tuméfaction inguinale gauche évoluant depuis la naissance selon les parents. Elle était née à terme d'un accouchement eutocique par voie basse dans un CSB II (centre de santé de base II) à Fianarantsoa. Elle était hypotrophique avec un poids de 2500 g à la naissance. La grossesse était bien suivie et sans anomalie particulière. Il n'y avait pas d'antécédent familial particulier. A l'examen clinique, il y avait une voussure inguinale gauche sans rougeur ni d'œdème locale. Le nourrisson était en bonne santé apparente sans pleurs ni gémissements, son poids était de 4,700 kg. A la palpation, cette voussure inguinale était de consistance ferme et facilement réductible. Une échographie abdomino-pelvienne a été demandée pour confirmer une éventuelle hernie et pour apprécier le contenu de la tuméfaction. L'échographie abdomino-pelvienne

a montré au niveau inguinal gauche, une structure ovale hypoéchogène de 22 x 12 mm avec de petits kystes périphériques correspondant à des follicules confirmant l'origine ovarienne (figure 1). Cette structure était bien vascularisée au doppler. Par la suite, une intervention chirurgicale (figure 2) à type d'herniorraphie a retrouvé une hernie de l'ovaire gauche sans signe de nécrose. Les suites opératoires ont été simples.

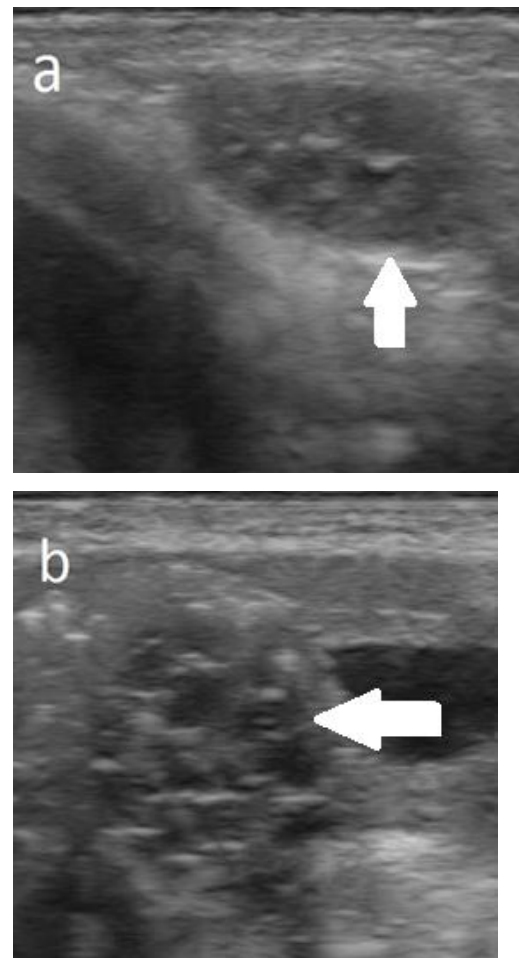


Figure 1 : Echographie en coupe sagittale (a) et coronale (b) au niveau de la région inguinale droite montrant une image ovale hypoéchogène de 22 x 12 mm avec des petits kystes périphériques correspondant à des follicules confirmant l'origine ovarienne (flèche)

Source : Service d'imagerie du CHU Andrainjato Fianarantsoa



Figure 2 : intervention chirurgicale montrant le sac herniaire contenant l'ovaire gauche

Source : Service de Bloc opératoire du CHU Andrainjato Fianarantsoa

DISCUSSION

La présentation clinique de la coarctation aortique comprend classiquement : la survenue de céphalées avec irritabilité, l'hypertension artérielle qui témoigne de la sévérité du Pour notre cas, le diagnostic d'une hernie inguinale non étranglée a été posé à l'âge de 1 mois et demi alors que la tuméfaction a été déjà remarquée à la naissance par les parents. D'où l'intérêt d'un examen minutieux des orifices herniaires à la naissance pour une prise en charge précoce [5]. Or, la nature ovarienne du contenu herniaire ne peut être affirmée avec certitude que par l'échographie. L'examen échographique fournit des informations détaillées sur la nature de la masse et sa relation avec les structures adjacentes. La visualisation d'une masse nodulaire contenant des kystes périphériques est

déterminante pour la caractérisation du contenu comme étant un ovaire [6].

Pour l'exploration d'une hernie inguinale une sonde échographique de haute fréquence ou linéaire est nécessaire, au moins 5 mégahertz. Il faut cependant éliminer des diagnostics différentiels comme les ganglions, les hernies intestinales, l'hydrocèle du canal de Nuck [7]. D'un autre côté, les signes d'étranglement herniaire sont surtout cliniques : lorsque la hernie est irréductible, douloureuse, avec une peau érythémateuse et œdématiée. L'enfant peut aussi avoir des symptômes associés comme l'irritabilité, la diminution de l'appétit, la distension abdominale et les vomissements [5]. L'échographie couplée au doppler apprécie la vascularisation de l'ovaire qui est diminuée ou absente en cas d'étranglement [4]. Dans la littérature la prévalence de l'étranglement d'une hernie inguinale de contenu ovarien est estimée à 2 à 33 % [8]. D'où l'intérêt d'une prise en charge chirurgicale précoce, pour les hernies irréductibles même asymptomatiques.

Le traitement pour notre cas a été alors une herniorraphie : incision du sac herniaire, réduction de la hernie par remplacement de l'ovaire en intra abdominal, et fermeture du sac herniaire. Ce traitement est similaire à celui de la littérature retrouvant une hernie ovarienne sans complication [9, 10]. Le temps idéal pour la réparation chirurgicale d'une hernie inguinale asymptomatique chez l'enfant est sujet à controverse [11]. En l'absence de signes locaux, témoignant d'une incarceration, la règle est de prévoir l'intervention chirurgicale dans les jours qui suivent le diagnostic pour éviter les complications [12]. Il faut cependant noter que

chez les prématurités et les enfants de faible poids de naissance, le risque de complication respiratoire à type d'apnée en post opératoire est élevée [13]. Il convient alors chez les prématurés de retarder l'intervention dans les jusqu' à 47 semaines d'âge corrigé [14].

CONCLUSION

Au cours d'une hernie inguinale du nourrisson de sexe féminin avec masse palpable, une échographie doit être demandée de façon systématique pour rechercher une hernie ovarienne. Il faut référer l'enfant dans un meilleur délai et convaincre la famille qui n'est pas toujours d'emblée convaincu, car la prise en charge reste chirurgicale.

REFERENCES

1. Kapur P, Caty MG, Glick PL. Pediatric hernias and hydroceles. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:773-89.
2. Osifo OD, Ovuenu ME. Inguinal hernia in Nigerian female children: beware of ovary and fallopian tube as contents. *Hernia* 2009;13:149-53.
3. Lee J, Scampoli N. Incarcerated ovarian inguinal hernia in a 10-month-old girl. *CMAJ*. 2015;187:596-8.
4. Aydin S, Ergün E, Fatihoğlu E, Durhan G, Koşar P. Ovarian torsion within an incarcerated inguinal hernia; Ultrasound and color Doppler findings. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2017;39(1):449-52.
5. Jourdain G., Boithias-Guérot C., Chabernaude J.-L. Prise en charge du nouveau-né normal (de la sortie de maternité à 1 mois). *EMC-Traité de médecine AKOS* 2008.
6. Yang DM, Kim HC, Kim SW, Lim SJ, Park SJ, Lim JW. Ultrasonographic diagnosis of ovarycontaining hernias of the canal of Nuck *Ultrasonography* 2014;33:178-83.
7. Huang C, Luo C, Chao H, Chu S, Yu Y, Yen J. The presentation of asymptomatic palpable movable mass in female inguinal hernia. *Eur J Pediatr*. 2003;162:493-5.
8. Boley SJ, Cahn D, Laur T, et al. Irreducible ovary: a true emergency. *J Pediatr Surg* 1991;26:1035-8.
9. Meena D, Jhuria R, Saxena S, Saini U. Inguinoscrotal hernia in infants: Three case reports in ultrasound diagnosis. *Indian J Radiol Imaging* 2017;27:78-81.
10. Huang CS, Luo CC, Chao HC, Chu SM, Yu YJ, Yen JB. The presentation of asymptomatic palpable movable mass in female inguinal hernia. *Eur J Pediatr* 2003; 162:493-5.
11. Lau ST, Lee YH, Caty MG. Current management of hernias and hydroceles. *Semin Pediatr Surg*. 2007;16(1):50-7.
12. Galinier P, Bouali O, Juricic M, et al. Hernie inguinale chez l'enfant : mise au point pratique. *Arch Pediatr* 2003;10:174-8.
13. Ozdemir T, Arıkan A. Postoperative apnea after inguinal hernia repair in formerly premature infants: impacts of gestational age, postconceptional age and comorbidities. *Pediatr Surg Int*. 2013;29(8):801-4.
14. Crankson SJ, Al Tawil K, Al Namshan M, et al. Management of inguinal hernia in premature infants: 10-year experience. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2015;20(1):21-24.