

LA HERNIE OMBILICALE DE L'ENFANT NOIR AFRICAIN : ASPECTS CLINIQUES ET RESULTATS DU TRAITEMENT A PROPOS DE 52 CAS

Y. HAROUNA *, Y. GAMATIE **, H. ABARCHI*, L. BAZIRA*

RESUME

La hernie ombilicale est une pathologie très fréquente en pratique pédiatrique africaine. Source d'inquiétude pour les parents qui l'incriminent souvent devant certaines manifestations digestives non expliquées (92,3 % des cas). Elle est particulière par son diamètre souvent supérieur à 1 cm (52 %). L'engouement herniaire était motif de consultation dans 33,3 % des cas et 4 fois (7,5 %) il s'agissait d'étranglement réalisant une occlusion intestinale mécanique avec nécrose intestinale dans 3 cas. Les complications postopératoires sont dominées par l'infection (7 cas) et l'on déplore un décès des suites d'un étranglement ayant duré 7 jours avec fistule intestinale. Les indications opératoires doivent être élargies à toute hernie ombilicale (même de petit diamètre) qui fait parler d'elle.

Mots clés : hernie ombilicale, enfant noir, diamètre, symptômes, complications.

SUMMARY

Umbilical hernia in black children : symptoms and outcome of treatment about 52 cases.
General Surgery of National Hospital of Niamey (Niger-Africa)

Umbilical hernia is most frequent in black children people. This retrospective study shows that 92,3 per cent of the infant with umbilical hernia undergoing in our consultation for non evident digestive symptoms and the fear of the parents in front of the risk of incarceration. Umbilical hernia is particularly in black children by his diameter (1 cm in 52 per cent) and the frequency of incarceration (7,5 per cent) with intestinal resection in three cases. The rate morbidity is marked by wound sepsis and one infant was died after incarcerated umbilical hernia complicated by intestinal fistulae. Surgical treatment must not delayed.

Key words : umbilical hernia, black children, diameter, symptoms, incarceration.

INTRODUCTION

Très fréquente en pratique pédiatrique la hernie ombilicale (HO) revêt plusieurs aspects cliniques parmi lesquels le dramatique tableau d'occlusion intestinale aiguë par étranglement.

Si l'indication opératoire est le plus souvent d'ordre esthétique, le désarroi des parents et le risque d'étranglement font de la cure de cette hernie fréquente une pratique chirurgicale quasi quotidienne dans nos hôpitaux.

Nous revoyons les dossiers de 52 enfants opérés en deux ans dans notre service de chirurgie générale et

tentons de faire le point sur les aspects cliniques et le danger de la HO de l'enfant noir africain.

MALADES ET MÉTHODES

Ce travail rétrospectif a été basé sur l'analyse des dossiers des enfants opérés pour HO entre janvier 1998 et avril 1999 dans le service de chirurgie générale. 52 enfants ont été concernés.

RÉSULTATS

1. Age et sexe

L'âge moyen est de 2 ans avec 6 mois pour le plus jeune et 12 ans pour le plus âgé. 32 enfants soit 61,5 % ont moins de 4 ans et seulement 6 (11,5 %) sont âgés de plus de 10 ans. Il s'agit de 33 garçons et de 19 filles.

* Chirurgien des hôpitaux. Hôpital National de Niamey (Niger)

** Pédiatre Hôpital National de Niamey. Service de chirurgie générale Hôpital National de Niamey.

2. Caractéristiques de la hernie

a) Anatomiques : une particularité de la HO dans notre pratique réside dans son volume ; aussi on a retrouvé tous les types de HO : de la petite hernie n'admettant pas la pulpe de l'index à la «hernie historique» (5 cm de diamètre et plus) réalisant un véritable defect de la paroi abdominale antérieure. 25 HO soit 48 % ont un diamètre inférieur à 1 cm, 17 HO de diamètre entre 2-3 cm et 10 HO de diamètre supérieur à 4 cm.

b) Cliniques

- 48 enfants (92,3 %) ont été ramenés en consultations par les parents inquiets pour diverses raisons : pleurs inexplicables, troubles digestifs, amaigrissement, bruits intestinaux, soucis futurs d'esthétique. Parmi eux, 15 fois (33,3 %) les parents parlent d'engouement herniaire quelques jours avant la consultation. Le diagnostic ne pose pas de problème en cas de HO de diamètre supérieur à un cm avec cette voûture médiane parfaitement réductible qui récidive dès que cesse la pression des doigts de l'examineur. On arrive aisément à identifier la nature intestinale ou épiploïque du contenu en cas de volumineuse HO. Dans le cas de HO de petit collet le diagnostic peut poser des problèmes surtout chez le tout jeune bébé qui ne se laisse pas facilement examiner : il est impératif d'obtenir le calme chez cet enfant afin d'identifier un défaut souvent non accessible à la pulpe du doigt.
- 4 enfants (7,5 %) étaient admis au stade de hernie ombilicale étranglée (HOE) et ont été opérés en urgence avec un délai moyen d'évolution de l'étranglement de 22 heures et des extrêmes de quelques heures à sept jours. Cliniquement le tableau est celui d'un enfant agité, criant et portant la main sur l'ombilic qui réalise une tuméfaction non impulsive et irréductible isolée (1 cas), associée un tableau d'occlusion intestinale aiguë (2 cas) et dans 1 cas la longue évolution de l'étranglement a entraîné une fistulisation intestinale par l'ombilic avec une dénutrition massive et infection pulmonaire.

3. Diagnostic positif

Il a toujours été basé sur les constatations cliniques ; aucun examen complémentaire à visée diagnostique n'a été réalisé pour les HO simples. Par contre, en cas d'étranglement, les patients ont bénéficié systématique-

ment d'une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) qui a montré des niveaux hydro-aériques témoins de l'occlusion dans 3 cas et l'échographie chez 1 enfant a permis d'identifier la nature du contenu herniaire.

4. Traitements

Nous avons opté pour la réfection pariétale systématique de toute HO vue à notre consultation ou découverte chez un enfant hospitalisé en pédiatrie pour des raisons non expliquées.

En attendant l'hospitalisation en service de chirurgie nous avons conseillé des méthodes anciennes de contention : le bandage dans les volumineuses HO (15 fois) et l'artifice de la pièce de monnaie ou du boutonnière de compresse dans les petites HO (10 fois). Ces méthodes «orthopédiques» semblent calmer l'angoisse des parents en dépit des contraintes de surveillance qu'elles imposent. Il n'y a pas eu d'étranglement au cours de cette période de surveillance. L'intervention est programmée uniquement quand les problèmes respiratoires très fréquemment associés sont complètement résolus, de même l'anémie systématiquement dépistée et la dénutrition sont traitées avant la cure herniaire. L'incision cutanée a été arciforme sus ou sous ombilicale dans 38 cas et longitudinale contournant l'ombilic par la gauche dans 10 cas.

La réparation pariétale a été l'autoplastie par suture bord à bord des berges aponévrotiques dans tous les cas. La réfection ombilicale a été faite par repositionnement simple de la peau fixée au plan aponévrotique par un point médian. Dans 11 cas, il a été nécessaire d'exciser un excédent cutané.

En urgence l'incision a toujours été médiane : 2 fois la hernie s'était réduite après l'induction anesthésique. Une résection de l'épipoïlon incarcéré a été faite 3 fois associée à une résection intestinale (2 fois) avec rétablissement immédiat de la continuité dans 1 cas et iléostomie dans 1 cas. Le collet de la hernie ne dépassait pas 1 cm dans 3 cas et chez un enfant il s'agit d'une HO de diamètre supérieur à 4 cm. Une antibiothérapie prophylactique postopératoire per os est instituée chez tous les enfants dès le lendemain de l'intervention.

5. Suites

Elles ont été simples chez 45 enfants avec sortie à J2 postopératoire. Des complications associées ont été observées : sérome dans 3 cas traité par ponction,

La hernie ombilicale...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (6)

infection pariétale dans 7 cas avec désunion et éviscération dans 1 cas et 1 décès par dénutrition, infection respiratoire : il s'agit de la fistule intestinale ombilicale survenue à la suite d'un étranglement évoluant depuis 7 jours. Le suivi moyen est de 7 mois et marqué par une récidive chez un enfant de 4 ans ayant bénéficié d'une cure d'une volumineuse HO 3 mois auparavant. Aucune symptomatologie digestive n'a été notée chez les enfants.

COMMENTAIRES

Connue des sociétés nigériennes depuis la nuit des temps, la HO est considérée par les populations non pas comme une pathologie mais comme un signe distinctif esthétique ou mythique porteur de richesse. Au Niger on reconnaît le porteur de HO par leur prénom «Foumey ou Foumakoye» dans la région sud du pays habitée par les ethnies Djerma-Sonrai et «Maitchibi ou Maikibi» en région Centre-Est peuplée par l'ethnie Haoussa, porté avec fierté et indistinctement par les hommes et les femmes.

Malformation anatomique très fréquente dans la race noire (1, 2, 3, 4) la HO atteindrait 5 % des nourrissons et jusqu'à 50 % des enfants dans certaines régions africaines (5). La pratique de la cœlioscopie opératoire verra certainement la fréquence augmenter dans les pays européens. La pathogénie de la HO est connue (1, 6, 7, 8, 9, 10), l'évolution selon les auteurs se fera vers la fermeture de l'orifice au plus tard à la 6ème année si le diamètre est petit (entre 15-50 mm) (1, 4). Mais la fermeture spontanée n'interviendrait que dans 10 % des cas si le diamètre du collet est supérieur à 15 mm et si la hernie persiste au-delà de la deuxième année (4). Le diamètre de la HO de l'enfant africain est souvent impressionnant, probablement favorisé par la dénutrition et les multiples infections respiratoires avec une tendance à l'aggravation chez l'adulte (2, 11).

Le diagnostic clinique est relativement facile. En cas de doute, actuellement les progrès en matière d'imagerie (échographie-scanner) nous permettent de faire le diagnostic même prénatal (12). Aussi beaucoup d'auteurs européens soutiennent la bénignité de la HO de l'enfant (4, 6, 7, 8). Pourtant plusieurs cas de complications notamment de HOE sont rapportés à travers les travaux récents (1, 2, 3, 13) et de rupture spontanée (14). Le traitement chirurgical de la HO non compliquée et de

petite taille ne pose aucun problème particulier (6, 7, 8, 9) et les suites sont simples. Par contre, en cas de volumineuse hernie et d'étranglement, le problème devient tout autre. La volumineuse HO réalise un véritable defect et pose dès lors le problème de réintégration des viscères ayant perdu droit de cité : le pneumo péritoine préopératoire de Goni Moreno a été suggéré par certains chez l'adulte de même que l'utilisation de plaques prothétiques (11). L'incidence de l'étranglement herniaire (15) est diversement appréciée : 1/1500 HO pour PAPAGRIGORIADIS et coll. à Londres (1), moins de 1 % pour BARGY et coll. (5) en France. KOURA et coll. (2) au Bénin qui ont publié 111 cas en 22 ans l'estiment à 5,45 cas par an et ont retrouvé à travers la littérature 20 cas en 8 ans par MAWUKPE et coll. au Sénégal, 1 cas au Massachusetts par MILLER et coll. en 20 ans, 1 cas en 28 ans à Johannesburg par BLUMBERG.

Comme dans notre série, l'engouement et l'étranglement constituent le motif essentiel de la consultation. KOURA et coll. (2) notent que la HOE représente une fois sur deux l'indication opératoire (53,57 % des HO opérées) et citent FELOWS en Ouganda et HARBANS et coll. en Inde qui trouvent respectivement que la HOE représente 35,26 % et 24,15 % des HO de l'enfant.

L'étranglement a concerné la HO de diamètre inférieur à 1 cm (3/4 de nos cas), témoin du danger de la hernie de petite taille comme l'ont remarqué d'autres auteurs (2, 3), selon VRSANSKY et coll. (3) certains auteurs avanceraient la théorie selon laquelle le diamètre supérieur à 1,5 cm serait un facteur de risque d'étranglement. Si dans notre étude un grand diamètre n'a été retrouvé que dans 1 cas, cette théorie semble se justifier à travers plusieurs autres études (1, 13). L'intestin grêle et l'épiploon semblent constituer les organes les plus menacés (2, 3) avec le risque de résection important par le long délai qui s'écoule entre la survenue de la strangulation et l'heure de l'intervention (2, 3). La morbidité est dominée par le risque d'infection locale (source de désunion et récidive à long terme). MIKE et coll. (16) attirent l'attention à propos et ABRAMOV et coll. (17) dans leur étude concluent à l'effet bénéfique de l'antibiothérapie intraveineuse préopératoire 30 mn avant l'intervention. La mortalité de la HO n'est pas négligeable en cas d'étranglement avec le risque de nécrose intestinale.

Comme KOURA et coll. (2) nous préconisons la cure systématique de toute HO vue en consultation et chez

La hernie ombilicale...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (6)

tous les enfants porteurs de HO hospitalisés pour des plaintes digestives non justifiées.

CONCLUSIONS

Affection très fréquente dans la race noire, souvent considérée comme bénigne en Europe, la HO de l'en-

fant africain est souvent incriminée par les parents comme source de troubles digestifs non expliqués.

Les indications opératoires autrefois purement esthétiques doivent aujourd'hui être élargies en raison du risque d'étranglement surtout chez le jeune enfant porteur d'une HO de petit diamètre.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - PAPAGRORIADIS S., BROWSE D.J., HOWARD E.R.
Incarceration of umbilical hernias in children : a rare but important complication.
Pediatr. Surg. Int., 1998, 14 : 231-232.
- 2 - KOURA A., OGOUYEMI A., HOUNNOU G.M., AGOSSOU-VOYEME A.K., GOUDOTE E.
Les hernies ombilicales étranglées chez l'enfant au CNHU de Cotonou : à propos de 111 cas.
Médecine d'Afrique Noire, 1996, 43, (12) : 638-641.
- 3 - VRSANSKY P., BOURDELAT D.
Incarcerated umbilical hernia in children.
Pediatr. Surg. Int., 1997, 12 : 61-62.
- 4 - FAGNIEZ PL.
Hernies des parois de l'abdomen : pour la pratique.
Rev. Prat, 1997, 47, (3) : 295-297.
- 5 - BARGY F., BEAUDOIN S.
Hernies de l'enfant.
Rev. Prat, 1997, 47, (3) : 289-294.
- 6 - BETTEX M., KUFFER F., SCHARLL A.
Précis de chirurgie infantile.
Paris Masson et cie Ed. 1978.
- 7 - FEVRE M.
Chirurgie infantile et orthopédique. Tome 1.
Paris Flammarion Médecine-sciences 1967.
- 8 - DAUDET M. in PELLERIN D., BERTIN P.
Techniques chirurgicales pédiatriques, Masson et cie Ed. 1978 p 228-230.
- 9 - CHEVREL JP.
Hernies inguinale, crurale et ombilicale : physiopathologie, diagnostic, complications et traitement.
Rev. Prat, 1996, 46, (8) : 1015-1023.
- 10 - PATEL J.C.
Pathologie chirurgicale. 3^e édition.
Paris Edition Masson et Cie 1978 p490-491.
- 11 - STOPPA R.
Autres hernies des parois de l'abdomen.
Rev. Prat, 1997, 47, (3) : 282-7.
- 12 - SHINKICHI K., SHIRO I., NORIAKI U., YASUHIRO K. and al.
Prenatal diagnosis of abdominal wall defects and their prognosis.
J Pediatr Surg, 1996, 31, (2) : 267-271.
- 13 - HAROLD K. SIMON.
Radiological case of the month.
Arch Pediatr Adolesc Med, 1997, 151 : 519-520.
- 14 - AHMED A., AHMED M., NMADU PT.
Spontaneous rupture of infantile umbilical hernia : report of three cases.
Annals of Tropical paediatrics 1998, 18, (3) : 239-241.
- 15 - PALOT J.P., AVISSE C.
Hernies inguinale, crurale et ombilicale : physiopathologie, diagnostic, complications et traitement.
Rev. Prat, 1999, 49, (11) : 1242-1248.
- 16 - MIKE K. CHEN, KURT P. SCHROPP, THOM E. LOBE.
Complications of minimal access surgery in children.
J Pediatr Surg, 1996, 31, (8) : 1161-1165.
- 17 - ABRAMOV D., JEROUKHIMOV I., YINNON A.M., ABRAMOV Y., AVISSAR E., JERASY Z., LERNAU O.
Antibiotic prophylaxis in umbilical and incisional hernia repair : a prospective randomised study.
The European Journal of Surgery 1996, 162, (12) : 945-8.