

ACTA MEDICA IRANICA

Vol. XXI. 1978, P. 190-201

A PROPOS D'UN CAS DE HERNIE OBTURATRICE
VESICALE BILATERALE DECOUVERT SUR UN
CADAVRE D'HOMME FIXE D'UNE CINQUANTAINE D'ANNEES

. B. ELAHI

Introduction

Pour la première fois, en 1724, Pierre Arnaud de Ronsil présente les deux premiers cas de hernies obturatrices, à l'Académie Royale des Sciences de Paris. Deux ans après, Camper décrit l'anatomie de ce type de hernie. En 1768, G. de Ronsil, fils de A, de Ronsil, décrit le premier cas de hernie obturatrice réduite par taxis. La première laparotomie faite pour ce genre de hernie est pratiquée par Hilton (15,16). Selon A.J. Larrieu et J. de Marco, de 1724 à 1976, c'est à dire en 252 ans, seulement 521 cas de hernie obturatrice ont été rapportés, dont la majorité était à contenu intestinal, ce qui confirme la rareté des hernies vésicales.

Hernie très rare, elle se rencontre surtout chez les femmes (8 à 9 femmes pour 1 ou 2 hommes) d'un âge avancé

Université de Teheran-Faculté des Sciences de bases
Médicales - département d'anatomie

(46 a 86 ans, la moyenne etant de 67 ans) (1,5,7), souvent maigres et dont l'etat est defectueux a cause d'un diagnostic tardif. La predominance chez les femmes est expliquee, dans certains cas, par la largeur du canal obturateur et le relachement du tissu pelvien cause par les grossesses successives (1,2,5,7,14) et, dans d'autre cas(15), par un glissement du tissu sous-peritoneal hypertrophie qui creerait la hernie et entrainerait secondairement avec lui un organe pelvien ou abdominal.

Les 2/3 des hernies se voient du cote droit et 3% d'entre elles sont bilaterales. Le symptome pathognomonique est une nevralgie crurale (le signe de Howship-Romberg) qui consiste en une douleur ou paristhesie de la partie inferieure de la face interne de la cuisse jusqu'au genou (fig 1).

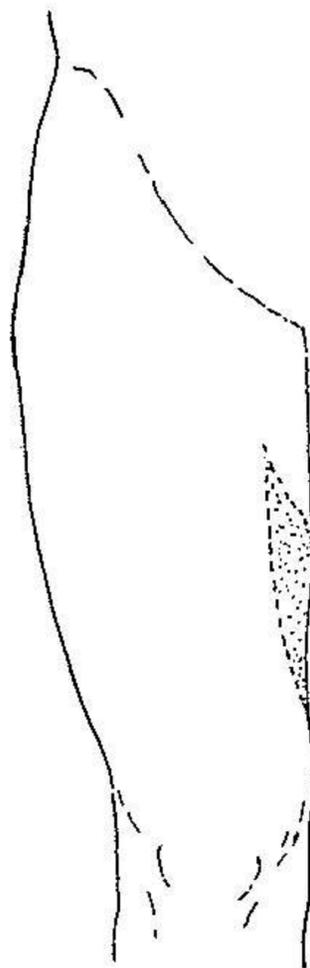


Fig. I Territoire cutané du nerf obturateur (Testut).

A ce symptôme peut s'ajouter parfois des crampes des adducteurs. Le signe de Romberg, présent dans la majorité des cas, est dû à la compression du nerf obturateur par la masse herniaire. La plupart des malades ont ressenti ce symptôme plus d'un an avant leur hospitalisation, mais l'ont pris pour de "l'arthrite" ou de "la sciatique".

On arrive au diagnostic par la palpation d'une tuméfaction dans la partie supéro-interne de la cuisse, à 2cm en dedans de l'artère fémorale (la cuisse est figée en légère flexion et sa mise en extension ou sa mise en abduction sont très douloureuses), ou par la perception d'une tuméfaction intra-pelvienne antérieure à l'aide d'un toucher vaginal/rectal combiné à une palpation hypogastrique (6, 8, 11).

L'examen radiologique simple (18), s'il montre une anse grêle intra-pelvienne dilatée, est un signe de valeur. De même, l'examen de l'intestin grêle (par ingestion de baryum ou par lavement baryte, tant qu'il y a une incompetence de la valvule ileo-coecale) est utile à l'établissement du diagnostic (9).

Le signe de Romberg associé à un des autres signes précités confirme le diagnostic, sinon il faut faire un diagnostic différentiel de l'occlusion intestinale; en pratique le diagnostic pré-opératoire n'est fait que dans 40% des cas (2).

Le traitement est essentiellement chirurgical (1, 5, 6, 14). Le meilleur abord est la laparotomie médiane sous ombilicale mais, dans les cas où le diagnostic pré-opératoire est certain, on peut utiliser l'abord inguinal. Le contenu herniaire peut être une anse intestinale, un diverticule, un fragment épiploïque, un ovaire, une trompe

uterine ou la vessie. Le mauvais état général des malades, qui sont souvent très âgés, et le retard du diagnostic expliquent le taux de mortalité postopératoire élevé.

Rappel Anatomique: (3, 10, 15, 16, 17)

Le canal obturateur est situé au-dessous de la gouttière sous-pubienne (gouttière obturatrice) et fait communiquer la cavité pelvienne avec la partie supéro-interne de la cuisse. Il se dirige obliquement d'arrière en avant, de haut en bas et de dehors en dedans. Sa longueur est de 2 à 3 cm. Il possède deux orifices et deux parois.

Fig: 2

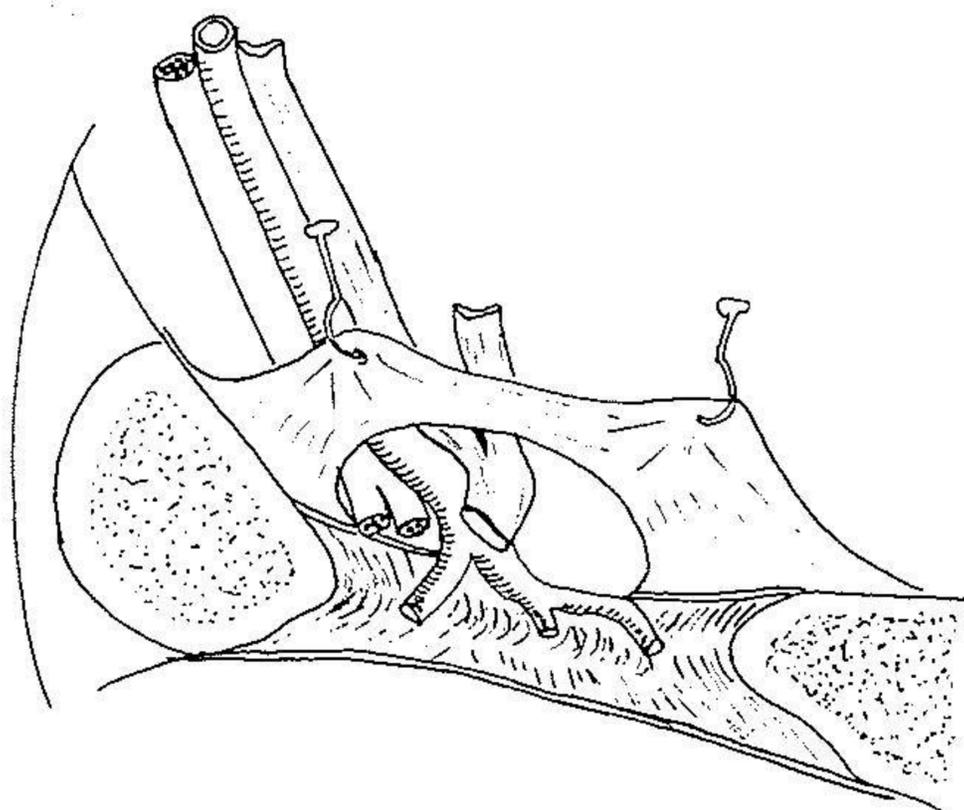


Fig. 2 Paroi inférieure du canal obturateur vue d'en haut après résection de la branche horizontale du pubis (Testut)

L'orifice pelvien, dont le grand axe est parallele a la branche horizontale du pubis, est ovalaire. Il mesure en moyenne 15mm de longueur et 10mm de hauteur. En haut, il est forme par le rebord posterieur de la gouttiere sous-pubienne; en bas, il est delimite par une arcade fibreuse, sur laquelle viennent s'insérer les faisceaux correspondants du muscle obturateur interne.

L'orifice femoral est, comme l'orifice pelvien, de forme ovalaire a grand axe transversal. Son grand diametre est de 15 a 20 mm, et son petit diametre de 7 a 9 mm. Forme en haut par le rebord anterieur de la gouttiere sous-pubienne (gouttiere obturatrice), il est delimite en bas par le bord libre de la bandelette sous-pubienne, renforcee par le muscle obturateur externe. La paroi superieur est formee par la gouttiere sous pubienne. La paroi inferieure est mal delimitée. Elle est constituee de dedans en dehors par:

- 1- Le bord mince superieur du muscle obturateur interne.

- 2- Le bord superieur tendu de la membrane obturatrice.

- 3- Une gouttiere peu profonde, de meme direction que le canal obturateur, formee par l'union de la membrane obturatrice et de la bandelette sous-pubienne, et le bord superieur du muscle obturateur interne. (fig. 3).

Le contenu du canal obturateur est le nerf obturateur, l'artere et la veine obturatrices. Ces trois elements, beaucoup trop petits pour remplir le canal obturateur, baignent dans une atmosphere cellulo-graisseuse qui se continue, d'une part, avec le tissu cellulaire pelvi-sous peritoneal et, d'autre part, avec le tissu cellulaire de la cuisse. Cette

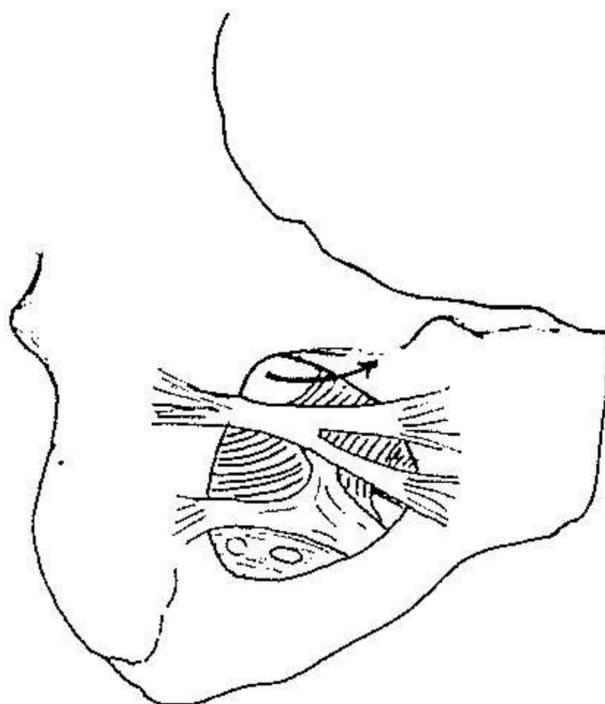


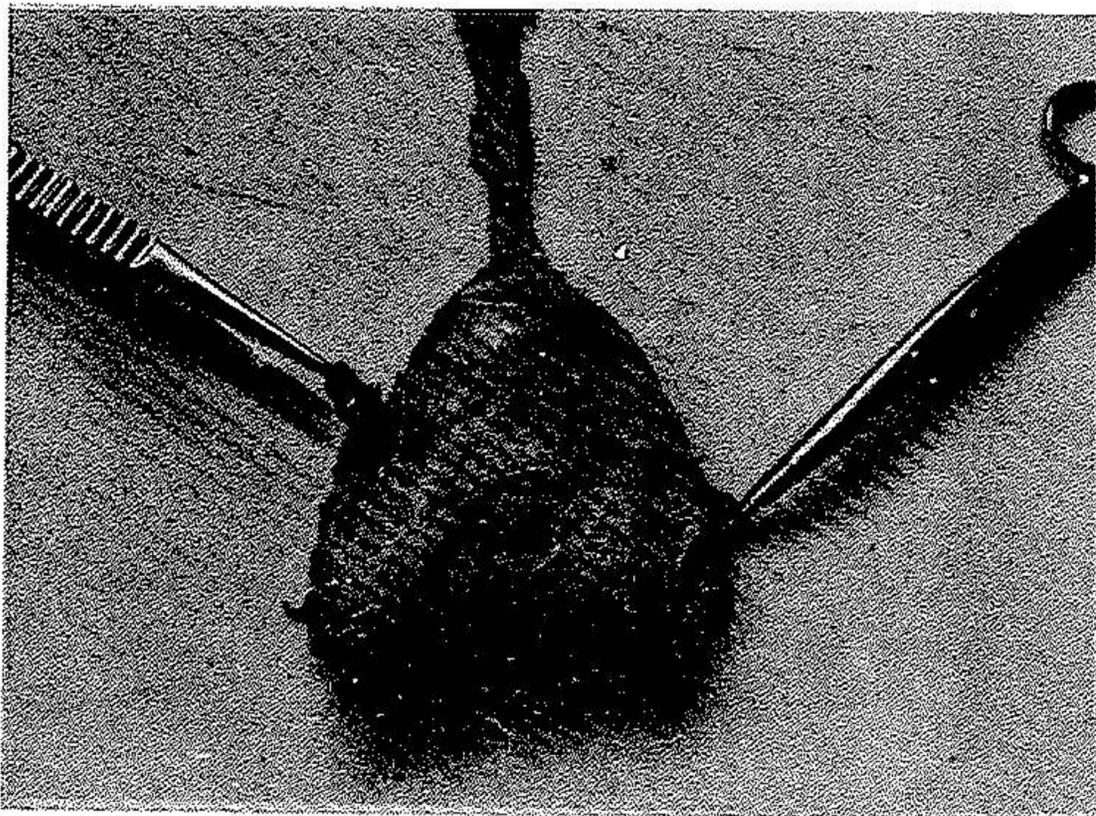
Fig. 3 La membrane obturatrice et la bandelette sous-pubienne (Testut)

disposition explique la possibilite, pour la graisse sous-peritoneale, de s'engager dans le canal obturateur, entrainant avec elle la serreuse peritoneale et favorisant une hernie abdomino-pelvienne.

Observation

Nous avons trouve une hernie obturatrice bilaterale de la vessie sur un cadavre fixe d'homme d'environ 50 ans. Au cours des dissections faites soit par nous soit par les etudiants, de 340 cadavres fixes (336 hommes et 4 femmes), nous n'avons trouve qu'un cas de hernie obturatrice de la vessie (fig. 4 et 5).

Du cote de la vessie, elle est bilaterale, situee sur la face antero-inferieure de la vessie au voisinage des bords. Celle de droite mesure 21 mm de long et 9mm de diametre; elle est situee a mi-chemin du bord antero-inferieur.



Celle de gauche est beaucoup plus petite, elle mesure 10 mm de long sur 7mm de diametre; elle est situee a l'union du quart inferieur et des trois quarts superieurs du bord antero-inferieur gauche. Elles sont couvertes par une couche d'un millimetre d'epaisseur de tissu cellulo-graisseux avec, au sommet, un petit paquet de graisse pre-herniaire.

Du cote du canal obturateur, le diametre horizontal de l'orifice pelvien droit est de 11 mm, et le diametre vertical de 14mm. Le diametre horizontal de l'orifice pelvien, a gauche, est de 9mm, et le diametre vertical est de 11mm.

Le rapport du paquet vasculo-nerveux obturateur garde une disposition semblable des deux cotes, c'est a dire qu'il est place d'abord en dehors de la hernie puis passe au-dessus d'elle.

L'artere obturatrice ne se divise en ses branches terminales qu'apres avoir traverse le canal obturateur. Apres avoir disseque et mis a jour la region obturatrice, le trou obturateur avait une forme ovale et la distance entre le tubercule du pubis et l'acetabulum etait egale au diametre de l'acetabulum; la membrane obturatrice avait une disposition normale.

Examen Histologique du Tissu Herniaire

Il montre des fusees musculaires lisses noyees dans un tissu conjonctif lache avec des vaisseaux dilates et legere-ment irrites.

Discussion

Il existe deux theories etio-pathogeniques pour les hernies obturatrices:

1- Disposition particuliere du bassin osseux, associee a un relachement du tissu sous peritoneal a la suite de

grossesses repetees. Cette theorie pourrait expliquer la predominance de hernies obturatrices chez les femmes multipares, mais elle n'explique pas la presence de hernies obturatrices chez les hommes (1.5.14).

2- Il faut ajouter a la premiere theorie une deuxieme, qui explique la creation des hernies par un glissement du tissu sous peritoneal hypertrophie dans le canal obturateur; cependant elle n'eclaircit pas la cause du phenomene.

En comparant les resultats obtenus chez notre sujet avec les donnees classiques publiees, nous avons constate les faits suivants:

a- L'orifice obturateur interne est classiquement oval a grand axe transversal; or, chez notre sujet, le grand axe etait vertical.

b- La lumiere de l'orifice interne du canal obturateur paraissait normale, mais le cote droit etait plus large que le cote gauche, et cette difference parait etre acquise et non congenitale.

c- L'artere obturatrice tourne dans le canal obturateur, d'abord en dehors, puis en haut; c'est a dire qu'elle est placee a la base du grand diametre qui est vertical chez notre sujet. Elle ne se divise qu'apres avoir traverse le canal.

d- Les autres elements du bassin de notre sujet : le trou obturateur, la membrane obturatrice, la longueur de la branche horizontale du pubis etc... etaient normaux.

Conclusion

Nous pouvons conclure de ces faits qu'il ne faut pas negliger une certaine predisposition particuliere de l'artere obturatrice . Les pulsations arterielles favoriseraient un glissement du tissu sous peritoneal dans le canal obturateur, et pourraient, eventuellement, provoquer un agran-

dissement progressif, sur une periode de temps assez longue, de l'anneau de l'orifice interne du canal obturateur. Cette theorie etiopathogenique vasculaire expliquerait bien la hernie bilaterale chez notre sujet.

Summary

The obturator hernia is extremely uncommon. In 252 years only 521 cases or so, have been reported. It is to be found mostly on aged women (9 women out of ten persons, the average age being 67), rather thin, and in poor health condition, owing to a belated diagnostic. The rate of death is high, and the only possible treatment is surgery, either abdominal, or, in certain cases, inguinal.

The case we are dealing with, is an obturator hernia of the bladder, found on the fixed corpse of a man, aged about fifty.

There are two currently recognized etio-pathogenic theories. One is based on a hypertrophy of the sub-peritoneal fat, the other one particular anatomical disposition of the region, specially in women; however, both these theories fail to account for all the cases because they do not reckon with the vascular influence.

We are suggesting a third theory, which proposes a vascular explanation. The particular disposition of the obturating artery may, by itself and in the long run, bring about an obturator hernia. This seems to be the case with our subject.

References Bibliographiques

- 1- Ang H.B.: *Obturator Hernia. Aust N.2 J.Surg., 1970*
40, 36-40.

- 2- ANSON B. J., McCORMACK L.J., CLEVELAND H. C.: *The Anatomy of the Hernial Regions III Obturator Hernia and General Consideration.* Surg. Gynecol. Obstet., 90, 31.
- 3- ANSON J., McVAY B.: Surgical Anatomy, 1131, 1971, 5th ed., Saunders C°, Philadelphia.
- 4- De GARANGEOT, R.J.C.: *Memoires sur plusieurs hernies singulieres.* Mem. Acad. Roy. chir. 1743, 1, 699-716.
- 5- GORANSON E., SLAM A.: *Obturator Hernia.* J. Maine Medical Association, 1976, 67, 126-127.
- 6- GRAY S.W., SHANDALAKIS J.R., SORIA R.E., ROWE J.S.: Strangulated Obturator Hernia Surgery, 1974, 75, 20.
- 7- HANLEY J.A., HANNA B.K.B.: *Obturator Hernia.* J. Irish Medical Association, 1970, 63, 396.
- 8- HARPER J.R., HOLT J.H.: *Obturator Hernia.* Am. J. Surgery, 1956, 92, 562.
- 9- KORWALD E., MYHRE H.O.: *Hernia Obturatoria.* J. Oslo City Hospitals, 1970, 121-125.
- 10- LARRIEU A.J., DE MARCO S.J.: *Obturator Hernia.* Am. Surg. 1976, 42, 273-277.
- 11- LAST R.J.: Anatomy Regional and Applied, 300, 1973, 5th ed., Chur-Chil Livingstone, London.
- 12- MARTIN N.C., WELCH T.P.: *Obturator Hernia.* Brit. J. Surg., 1974, 61, 547.
- 13- QUENU J., PERROTIN J.: Traite de Technique Chirurgicale, Tome VI, 169, 2eme ed., 1955, Massone C°, Paris.
- 15- SOMELLA A., LJUNGDAH L. L., SPANGEN L.: *Thigh Neuralgia as a Symptom of Obturator Hernia.* Acta Chir.

- Sand., 1976, 142, 475-459.
- 16- TESTUT L., JACOB. O., Traite d'Anatomie Topographique, 923, 4e ed., 1922, Doin, Paris.
- 17- TESTUL L., LATARGET A.: Traite d'Anatomie Humaine, Tome I, 659, 9eme ed., 1948, Doin, Paris.
- 18- THOREK P.: Anatomy in Surgery, 574, 2th ed., 1962, Lippincot C°, Philadelphia.
- 19- ZAUSNER J., DUMONT A.E., RING S.M.: Obturator Hernia. Am.J. Roentgenol. Rad. Ther. N.Med., 1972 115, 408.