

- littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1994;23(4):440-443.
8. Hainaut F, Mayenga J.M, Crimail PH. Grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas. Rev Fr Gynecol Obstet. 1991; 86(7-9):522-528.
  9. Picaud A, Ella-Ekogha R, Ozouaki F, Nlome-Nze AR, et al. Grossesse abdominale. A propos de 11 cas. Méd. d'Afrique Noire. 1990;37(8/9):483-487.
  10. Renaud R, Voury-Heyler C, Leissner P, Chesnet Y, et al. Bondurand. Les grossesses abdominales après le 6ème mois. Revue de la littérature. A propos de 8 cas. Gynecol Obstet. 1969; 68 (3P): 297-318.
  11. Setouani A, Snaibi A, Boutaleb Y. La grossesse abdominale. J Gynecol Obstet Biol Reprod. (Paris) 1989;18(2): 177-180.
  12. Tanoh L, Ba L, Djanhan Y, Ayandho Y, et al. A propos de 11 cas de grossesse abdominale colligés en 4 ans. Compte rendu de la Société de Gynécologie-Obstétrique de Côte d'Ivoire. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1988;17:934.
  13. Sfar E, Kaabar H, Marrakechi O, Zouari F, Chelli H. La grossesse abdominale entité anatomo-clinique rare. A propos de 4 cas (1981-1990) Rev Fr Gynecol Obstet. 1993; 88(4):261-265.
  14. Bwana Kangulu I, Kilolo Ngoy E.U, Kalonji Cibuabua D, Mwamba Ilunga C, Umba Ndolo A, Kabamba Nzaj M, et al. A propos d'un cas de grossesse abdominale très prolongée. The Pan African Medical Journal. 2013 16 :26.
  15. Engongah-Beka L, et al. Evolution de la grossesse abdominale au centre hospitalier universitaire de Libreville. A propos de 6 cas avec 2 enfants vivants. Med d'Afrique Noire. 1997;44:8-9.
  16. Mboloko E, Lokomba B, Nkidia DJR, Barhayiga B, et al. Diagnostic et prise en charge d'une grossesse abdominale. A propos de 6 observations suivies dans deux centres hospitaliers de Kinshasa(RDC). Louvain Méd. 2003; 122 : 14-19.
  17. Mahi M., Boumdin H., Chaouir S., salaheddine T., Attioui D., Amil T. et al, un nouveau cas de grossesse abdominale. J. Radiol, 83 (2002), 989-992.
  18. Beddock R., Naepels R., Gondry C., Besserve P., Camier B., Boulanger J., et al. Diagnostic et concepts actuels de prise en charge de la grossesse abdominale avancée. Gynecol Obst Fertil, 32 (2004), 55-6.
  19. Faller E., Kauffman E., chevrière S., Helsert M. et al, Grossesse abdominale menée à terme, Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la Reproduction. 2006 nov ; 35 (7) : 732-5.
  20. Bouzid F, Cellami D, Baati S, Chaabouni M, et al. La grossesse abdominale. Rev Fr Gynécologie Obstétr. 1996;91:616-618.
  21. Rajaonarison TJ. Grossesse abdominale sur rupture progressive d'un utérus cicatriciel: à propos d'un cas; Thèse de doctorat en Médecine; 2004. p. 25.
  22. Allibone GW., Fagan CJ, Porter SC., The sonographic features of intra-abdominal pregnancy. J clin ultra sound 1981; 9: 383-7
  23. Riethmuller D., Courtois L., Maillet R., Schaal JP, Ectopic pregnancy management : cervical and abdominal pregnancies, J gynecol Obstet biol reprod 2003.32 (suppl au n°7): 5101-6
  24. GUERET MM. Grossesse abdominale à terme: à propos d'un cas et revue de la littérature au Centre Hospitalier de Mamoudzou (Mayotte), Mémoire pour obtention du DIU d'Echographie, Université de la Réunion, 2015-2016.

## DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT D'UNE FISTULE VESICO-VAGINALE AUTO-INFLIGEE CHEZ UNE MALADE MENTALE : A PROPOS D'UN CAS REÇU A L'HOPITAL TERTIAIRE HEAL AFRICA, GOMA, R.D. CONGO.

Justin Paluku Lussy, Barthelemy Aksanti, Esther K. Kitambala, Eugénie Kamabu M.  
Hôpital HEAL Africa, Goma, RDC.

Auteur correspondant: Dr PALUKU LUSSY Justin, E-mail: justin.healafrika@gmail.com

### RESUME

#### Introduction :

La fistule vésico - vaginale est une communication anormale entre la vessie et le vagin qui se manifeste par une perte incontrôlée des urines, le jour comme la nuit. Elle affecte environ 2 millions des femmes dans le monde. L'accouchement reste la cause principale de cette affection dans les pays sous-développés. Le traumatisme de la paroi vésico-vaginale par un objet tranchant

ou perfo-rant peut aussi être à la base d'une fistule vésico-vaginale.

#### Observation :

La présente étude de cas reporte le cas d'une patiente âgée de 32 ans, mariée, multipare, qui était suivie dans un Centre de santé mentale pour une psychose délirante depuis quelques années. Elle a été transférée à l'hôpital HEAL Africa pour prise en charge d'un corps étranger qu'elle aurait introduit dans son vagin à

cause de son état de malade mentale. Le diagnostic d'une fistule vésico-vaginale a été établi. L'ablation des corps étrangers et la réparation de la fistule ont été faites avec succès.

#### Conclusion :

La psychose peut constituer un facteur contributif à la cause d'une fistule vésico-vaginale d'origine traumatique. Un examen physique complet est requis pour tout malade.

**Mots clés:** *Fistule vésico-vaginale traumatique, psychose.*

## SUMMARY

**From diagnosis to treatment of a self-afflicted vesico-vaginal fistula in a mentally sick patient: About a case admitted at the HEAL Africa Tertiary hospital, DR Congo.**

### Introduction

A vesico-vaginal fistula is an abnormal communication between the bladder and the vagina that results in loss of control of urine, day and night. It affects about 2 million of women worldwide. Childbirth is the main cause of the disease in underdeveloped countries. Trauma to the vesico-vaginal wall by a sharp or armor piercing external agent may result in a vesico-vaginal fistula.

**Key words:** Traumatic vesico-vaginal fistula, psychosis.

### Case report

This case report is about a 32-year old lady, married, multiparous, who was being attended to in a Mental health centre due to a delirious psychosis for a couple of years. She was referred to HEAL Africa hospital for a better management of a foreign body that she introduced in her vagina due to her mental sickness. A vesico-vaginal fistula was diagnosed. Foreign bodies were extra-

cted and the vesico-vaginal fistula was successfully repaired.

### Conclusion

Psychosis may be a contributing factor to the cause of a traumatic vesico-vaginal fistula. A thorough physical examination is required for any patient.

## INTRODUCTION

La fistule vésico-vaginale est une communication anormale entre la vessie et le vagin. La femme qui en souffre perd les urines de façon involontaire et permanente, le jour comme la nuit. C'est une maladie tragique au niveau individuel, familiale et communautaire. Les patientes avec fistules vésico-vaginales sont affectées dans tout leur être, elles sont stigmatisées et souvent rejetées par leurs maris et leurs communautés (1, 2).

La fistule vésico-vaginale est devenue rare dans les pays développés alors qu'elle est encore trop fréquente dans les pays sous-développés (3,4,5). La prévalence exacte de cette maladie n'est connue (5). Les statistiques sur cette pathologie sont souvent sous-estimées car souvent basées sur les études hospitalières. En 2006, l'OMS a estimé à 2 millions dans le monde le nombre des jeunes femmes qui vivent avec des fistules non traitées. Environ 50.000 à 100.000 nouveaux-cas de fistules sont

causées chaque année dans le monde (2, 6). En République Démocratique du Congo (RDC), une enquête nationale menée dans 6 provinces par le Programme Nationale de Santé de la Reproduction (PNSR) avec l'appui de l'UNFPA, a estimé à 3 775 le nombre des femmes avec fistule (1).

La presque totalité des cas reportés dans les pays sous-développés est d'origine obstétricale (3, 5). Cependant dans les pays développés les fistules sont souvent d'origine cancéreuse et iatrogène, surtout suite à une hystérectomie totale faite par voie haute (4, 5).

Jusqu'à un passé récent, le traitement d'une fistule vésico-vaginale était resté difficile à tel point que certaines communautés la prenaient pour une maladie qui ne guérissait pas. Avec le temps, la technique chirurgicale de la réparation de la fistule s'est améliorée et le taux de succès de la chirurgie est actuellement très amélioré.

D'une façon générale, le diagnostic de la fistule vésico-vaginale est facile. La perte incontrôlée des urines, le jour comme la nuit, est sa plainte principale. L'odeur des urines met le personnel médical sur la piste du diagnostic et le convainc de rechercher une communication anormale entre la vessie et le vagin.

Cet article est une étude d'un cas de fistule vésico-vaginale d'origine traumatique diagnostiquée chez une jeune femme malade mentale et traitée avec succès à l'hôpital tertiaire HEAL Africa de Goma en RDC. Cette circonstance étiologique pour la fistule vésico-vaginale n'a jamais été évoquée auparavant. Cette étude contribue aussi à la littérature sur les fistules vésico-vaginales qui n'est pas assez fournie dans un pays comme la République Démocratique du Congo.

## OBSERVATION

**M. M., âgée de 32 ans, cultivatrice de profession, illettrée et mariée. Son mari est en vie. Elle mère de 6 enfants dont 5 sont en vie.**

**Elle a été référée à l'hôpital tertiaire HEAL Africa par le Centre médical Santé mentale de Goma en date du 14 avril 2016. Elle a été admise à HEAL Africa le même jour. Elle était accompagnée par sa mère et un infirmier du Centre médical Santé mentale pour expliquer la raison de la référence.**

La raison principale de sa référence était la meilleure prise en charge d'un corps étranger dans le vagin. Elle avait un trouble de comportement et était suivie au Centre médicale Santé mentale depuis plus de 6 mois.

La présente histoire est racontée par la mère de la malade: Le début de la maladie remontait en 2004, après qu'elle ait accouché son troisième enfant, par des malaises généralisés et des troubles de comportement constatés par son mari

et le reste de son entourage. Elle a été soignée par des produits indigènes qui ont résulté en une légère amélioration de son état. Cinq ans plutard, c'est-à-dire après l'accouchement de son cinquième enfant, elle a présenté encore un trouble

de comportement qui a motivé une hospitalisation au Centre médicale Santé Mentale pendant trois mois. Elle a été médicalement traitée et son état de santé s'est amélioré. Elle était sortie de l'hôpital.

Quelques mois plus tard, une fois rentrée chez elle, elle a accouché son sixième enfant. Environ 6 mois après cet accouchement, les troubles de comportement ont repris et elle est devenue trop agressive vis-à-vis de son entourage. Ceci a motivé encore une fois son entourage à l'amener en consultation au Centre de Santé Mentale où elle est restée pendant 3 ans jusqu'à sa référence à l'hôpital tertiaire HEAL Africa. En date du 14 avril 2016, elle sera référée pour prise en charge d'un corps étranger constaté au niveau de son vagin.

Son entourage reporte qu'elle aurait cherché à boucher son vagin pour se mettre à l'abri de toute relation sexuelle.

Elle ne voulait plus accoucher et ne voulait plus avoir des relations sexuelles.

Dans ses antécédents, elle est quatrième d'une fratrie de 7, ses parents et ses frères sont en vie et en bonne santé apparente. Elle est accompagnée par sa mère. Elle est mariée et son mari est en vie et en bonne santé apparente.

Elle était geste 6, pare 6 mais avec 5 enfants vivants et avortement zéro. Son cinquième enfant était décédé dans son jeune âge et la cause de son décès n'était pas élucidée. Les enfants vivants sont en bonne santé apparente. La date de ses dernières règles de la patiente n'était pas connue.

Aucun antécédent chirurgical n'avait pas été révélé chez la patiente.

La mère a révélé la notion des crises épileptiformes pendant la petite enfance de la patiente mais qui avaient spontanément disparu à l'adolescence.

On a noté que dans la famille, une grand-mère maternelle de la patiente

était décédée après avoir développé pendant plusieurs années des troubles mentaux. Ces troubles mentaux qui étaient attribués à la sorcellerie.

**Objectivement :**

L'état général de la patiente est altéré par une attitude ambulante soutenue. Sa conscience est lucide. La patiente est orientée dans le temps et dans l'espace, bien collaborant mais délirante. Elle dégage une odeur urinoïde.

Les signes vitaux sont dans les normes, soit une tension artérielle de 108 sur 71 mmHg, pulsation de 91 bpm, une fréquence cardiaque de 91 bpm, une fréquence respiratoire de 22 cycles par minute.

Les conjonctives palpébrales sont colorées, les conjonctives bulbiaires anictériques.

L'examen de l'abdomen révèle une sensibilité hypogastrique sans masse palpable.

**L'examen gynécologique révèle :**



– Une vulve eutrophique, souillée par des sécrétions louches;



– A l'examen au speculum, on note la présence d'un corps étranger noirâtre, dur, qui occupe le fond du vagin. La mobilisation de ce corps étranger est douloureuse et fait couler du liquide louche avec odeur repoussante. Le diagnostic d'un corps étranger intra-vaginal avec infection pelvienne sur terrain de psychose délirante a été retenu.

**Plan :**

Un examen sous anesthésie en salle d'opération est programmé. Cet examen montre la présence d'un(e):

– Corps étranger occupant le fond du vagin constitué de 2 boîtes en plastique contenues dans un caoutchouc et contenant du sable. Tous ces corps étrangers ont été retirés du vagin à l'aide d'une pince à cœur ;

– Large communication entre le vagin et la vessie, plus ou moins ovoïde, latérale droite, de grand diamètre antéro-postérieur de 5 centimètres et de petit diamètre latérolatéral de 3 centimètres. Le méat urétral est bien trophique, bien serrant mais court mesurant environ 2,5 centimètre de long ;

La fistule est classifiée selon Kees Waaldijk de type II Aa, large de 5 x 3 centimètres, post-traumatique.



**Instructions post-opératoires :**

– Double antibiothérapie pendant 7 jours : P.O. Cefixime 2 X 400 milligrammes par jour pendant 7 jours, P.O. Métronidazole 2 X 500 milligrammes par jour pendant 7 jours ;

– Anti-inflammatoire pendant 3 jours : PO Ibuprofène 2 x 400 milligrammes par jour pendant 3 jours ;

– Halopéridol 2 x 1 comprimé par jour ;

– Réparation de la fistule vésico-vaginale à faire après la prise des médicaments.

Le 26 avril 2016: La patiente est bien stable. Elle retourne en salle d'opération

pour la réparation chirurgicale de la fistule. La réparation de la fistule est faite avec succès.

**Du 26 avril au 10 mai 2016 :** Suivi médical post-opératoire dans l'unité des soins aux patientes avec fistules urogénitales.

**Le 02 mai 2016 :** La patiente présente une agitation et arrache même la sonde vésicale. Son examen physique ne révèle aucune anomalie. Une nouvelle sonde est remise et la patiente est mise sous Largactil 1 ampoule en IM, après avis de son médecin soignant du Centre de Santé Mentale.

**Le 10 mai 2016 :** L'ablation de la sonde vésicale est faite et un test au bleu est fait en salle de consultation pour confirmer l'étanchéité de la vessie.

**Du 10 au 16 mai 2016 :** Soins physiothérapeutiques pour la rééducation de la

vessie à la reprise de la fonctionnalité normale et pour le renforcement des muscles du plancher pelvien.

Le 17 mai 2016 : Le plan de traitement médical est fini, la sortie médicale de l'hôpital tertiaire HEAL Africa est signée.

La patiente est remise au Centre médical de la Santé mentale pour la suite du traitement psychiatrique.

## DISCUSSION

Notre objectif était de présenter un cas inhabituel de fistule traumatique auto-infligée chez une malade mentale. L'origine traumatique de la fistule génito-urinaire n'est toujours pas bien circonscrite en milieu africain. L'agent causal et le mécanisme de formation la fistule traumatique suscite encore de questionnement. La présente étude de cas lève une partie du voile en contribuant à documenter l'origine traumatique de la fistule chez la femme congolaise. La présente discussion va brièvement broser l'épidémiologie, les causes, le diagnostic et le traitement des fistules urogénitales en le reportant au cas spécifique de la patiente MM.

### Epidémiologie en RD Congo :

D'une façon générale, la fistule vésico-vaginale peut survenir à tout âge. En RD Congo, le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) révèle que les femmes avec fistules obstétricales sont souvent plus jeunes, primipares, avec une moyenne d'âge de 15 à 20 ans. Par contre celles avec fistules traumatiques sont souvent plus âgées, multipares, avec une moyenne d'âge de 30 ans (1). D'une façon générale les femmes avec fistules obstétricales sont jeunes, pas éduquées et vivant souvent en milieu rural isolé et sans accès aux soins obstétricaux d'urgence (2, 7). La patiente M.M. décrite dans la présente étude est un cas de figure d'une patiente avec fistule traumatique selon les données du PNSR de la RDC. Elle avait 32 ans d'âge et était multipare.

### Cause :

Les causes des fistules vésico-vaginales varient selon la partie du monde où se trouve. Dans les pays développés, la fistule vésico-vaginale est à 90% d'origine iatrogène (en cas d'hystérectomie par voie haute, des chirurgies urologiques et des chirurgies gastro-intestinales basses) (7) ou oncologique (cancer des organes pelviens, traitement radiothérapeutique) (5).

D'une façon générale, dans les pays sous-développés, la cause principale des fistules vésico-vaginales reste obstétricale. Ces fistules résultent d'un tra-

vail prolongé d'accouchement sans assistance médicale qualifiée (1). Très souvent dans ces pays, l'accouchement est soit fait en retard après un travail prolongé, soit mal fait. Les trois retards décrits par Maine montrent les rôles joués par l'individu, l'environnement et le système sanitaire dans la survenue des fistules vésico-vaginales suite à un travail d'accouchement prolongé. Une décision tardive pour aller dans une structure de soin pour accoucher, un retard pour atteindre la structure de soins et un retard pour recevoir des soins de qualité sont les facteurs qui sous-tendent le faible accès aux soins obstétricaux d'urgence complets. Ceci est à la base de la fréquence élevée des fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale dans les pays sous-développés (8).

La cause traumatique des fistules vésico-vaginales est aussi décrite dans les pays sous-développés. L'introduction des objets traumatisant (perforant, tranchant) est reporté dans ce cas surtout dans le contexte des violences sexuelles (1,2). Cependant la littérature sur la cause traumatique des fistules n'est pas suffisamment fournie de façon qu'à ce jour, cette cause reste presque théorique.

Le cas de M.M. que cette étude reporte concerne une cause tout à fait différente. Il s'agit d'une patiente avec un déséquilibre psychiatrique qui a elle-même introduit des corps étrangers dans son vagin. Il a été reporté qu'elle a introduit ces corps étrangers dans le but de boucher son vagin et ne plus faire des rapports sexuels. Ces corps étrangers étaient constitués entre autres des boîtes aux bords plus ou moins tranchant. En introduisant ces boîtes profondément dans son vagin, les bords tranchant ont traumatisé la paroi vésico-vaginale au point d'y laisser une ouverture anormale, la fistule vésico-vaginale. Il peut être envisagé que la présence de l'infection au niveau du vagin aurait contribué à empêcher toute éventuelle fermeture ou guérison spontanée de la fistule ainsi créée.

La littérature disponible à ce jour n'a jamais décrit une fistule vésico-vaginale survenue dans un tel contexte. C'est

l'état psychiatrique de la patiente qui l'a poussé à poser ce geste traumatisant dangereux contre elle-même.

### Diagnostic :

La fistule vésico-vaginale se caractérise classiquement par une perte involontaire et incontrôlée des urines par le vagin. Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence d'une communication anormale entre la vessie et le vagin, soit par la palpation, soit par le recours à certains tests spécifiques (5).

La patiente M.M. a été référée pour prendre en charge un corps étranger qui était dans son vagin. Elle avait une large fistule vésico-vaginale et personne de son entourage ne l'avait suspectée. L'équipe médicale du Centre de Santé mentale n'avait pas évoqué la possibilité d'une fistule vésico-vagale probablement à cause d'un examen physique incomplet. C'est à HEAL Africa où l'on va évoquer la possibilité d'une fistule vésico-vaginale après que l'équipe soignante ait remarqué l'odeur urineuse que dégageait la patiente. La présence de la fistule sera confirmée lors de l'ablation des corps étrangers du vagin. Il est donc nécessaire de faire un examen minutieux et complet d'une patiente pour poser le diagnostic d'une fistule vésico-vaginale (5).

### Traitement :

Le traitement d'une fistule vésico-vaginale est essentiellement chirurgical. Un traitement conservateur est possible seulement pour les petites fistules fraîches, propres et qui ne sont pas d'origine cancéreuse (5). La réparation chirurgicale se fait soit par voie trans-vaginale soit par voie trans-abdominale (4, 5).

M.M. a bénéficié d'une réparation chirurgicale de sa fistule par voie trans-vaginale. Elle a gardé la sonde vésicale pendant 2 semaines avant de bénéficier d'une kinésithérapie de la vessie pendant une semaine. A la fin de la troisième semaine, elle a quitté l'hôpital pour aller continuer ses soins psychiatriques au Centre de Santé mentale de Goma.

## CONCLUSION

La fistule vésico-vaginale est essentiellement d'origine obstétricale dans les pays sous-développés. Mais le déséquilibre psychiatrique, notamment la psychose, peut constituer un facteur contributif à la cause d'une fistule

vésico-vaginale d'origine traumatique. Tous les professionnels de santé devraient retenir que les malades mentaux peuvent se traumatiser dans leur vagin et causer une fistule vésico-vaginale. La présente étude de cas

rappelle aussi aux professionnels de la santé l'importance de faire un examen physique complet d'un malade pour établir un diagnostic complet et correct.

## REFERENCE

1. Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR)/Ministère de la Santé. Stratégie nationale de lutte contre les fistules uro-génitales en RDC : 2007 - 2009, Kinshasa, Ministère de la Santé, 2006.
2. Felicia Lesler, Nerys Benfield Mohamed MF Fathalla. Global women's health in 2010: Facing the challenges. Journal of Women's Health 2010; 19(11): 2081 - 2088.
3. Gueye SM, Diagne BA et Mensah A. Les fistules vésico-vaginales : Aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal. Médecine d'Afrique Noire 1992 ; 39(8/9).
4. Santosh Kumar, Nitin S. Kekre, Ganesh Gopalakrishnan. Vesicovaginal fistula: An update. Indian J Urol 2007; 23(2): 187 - 191.
5. Gamal M. Ghoniem, Hussein A. Warda. The management of genitourinary fistula in the third millennium. Arab J urol 2014; 12(2): 97 - 105.
6. Demisew Anemu Sori, Ahadu Workineh Azale and Desta Hiko Gameda. Characteristics and repair outcome of patients with vesicovaginal fistula managed in Jimma University teaching Hospital, Ethiopia. BMC Urol 2016; 16: 41.
7. Mary Garthwaite, Neil Harris. Vesicovaginal fistulae. Indian J Urol 2010; 26(2): 253 - 256.

Abrams P, Dirk de Ridder, Catherine de Vries, Elneil S, Esegbona G, Mourad S, Muleta M. Obstetric fistula in the developing world: A international consultation on vesico-vaginal fistula. Marrakech, Société Internationale d'Urologie (SIU), 2012.

### « PLUS-VALUE DE LA TOMODENSITOMETRIE AU COURS D'UNE HERNIE LOMBAIRE DE JEAN LOUIS PETIT ETRANGLEE : A PROPOS D'UNE OBSERVATION A L'HOPITAL REGIONAL DE ZIGUINCHOR (SENEGAL) ».

### “ADDED VALUE OF THE COMPUTED TOMOGRAPHY SCAN OF STRANGULATED LUMBAR HERNIA OF JEAN LOUIS PETIT AN OBSERVATION AT ZIGUINCHOR REGIONAL HOSPITAL (SENEGAL)”

Laurent Boutché Y1, Kikwaya K.J2, Diouf C3, Diandy Y3, Tall D4, Faye P4, Seck K4, Sokhna Ba5.

<sup>1</sup>Ancien Radiologue CHR de Ziguinchor(Sénégal)/Chef de Service de Radiologie et Imagerie Médicale CHR de Garoua(Cameroun)

<sup>2</sup> Ancien Résident CHR de Ziguinchor (Sénégal)/ Département d'Imagerie Médicale, Université Evangélique en Afrique de Bukavu.

<sup>3</sup> Université de Ziguinchor /Service de Chirurgie C.H.R de Ziguinchor (Sénégal)

<sup>4</sup>Service d'Imagerie Médicale CHR de Ziguinchor (Sénégal)

<sup>5</sup>Professeur Ag. de Radiologie et Imagerie Médicale Université Cheikh Anta Diop Dakar (Sénégal)

**Auteur correspondant:** Dr Laurent BOUTCHE YAOUBA. Centre Hospitalier Régional de Garoua.

E-mail : laurentboutche@yahoo.fr. Tél : +237655845811. BP 121 Garoua (Cameroun)

## RESUME:

### Objectif :

Rappeler les aspects anatomo-cliniques de cette affection rare et de préciser l'apport de la tomodensitométrie dans sa prise en charge.

### Patient et Méthode :

Il s'agit d'une observation d'une patiente âgée de 60 ans opérée pour un abdomen aigu compliquant une hernie lombaire de

Jean Louis Petit étranglée au cours de l'année 2015. Le diagnostic était réalisé par le scanner abdominal, répertoriant aussi les complications retrouvées, piliers d'une prise en charge efficace.

### Résultat :

Mme S.K. âgée de 60 ans admise au C.H.R de Ziguinchor (Sénégal) pour une douleur abdominale diffuse, fièvre et des

vomissements au décours d'une tuméfaction lombaire gauche évoluant depuis plusieurs jours. L'examen avait noté un abdomen ballonné, sensible avec discrète voussure molle, rénitente, sensible et irréductible de la région lombaire gauche. Un abdomen aigu chirurgical était évoqué. L'échographie était techniquement difficile et peu contributive à

cause d'une importante aéro-grêlo-colie. L'Abdomen sans préparation(A.S.P) avait montré quelques niveaux hydroaériques et le scanner avait établi un bilan diagnostique préopératoire précis et complet.

**Mots clés :** Imagerie, Hernie, Jean Louis Petit, Sénégal.

**Conclusion :**

Au stade de complication de la hernie lombaire de Jean Louis Petit, la clinique demeure imprécise. Le recours à l'imagerie, notamment le scanner, permet

d'établir le diagnostic positif, étiologique, topographique et les complications en vue d'une prise en charge efficace.

**ABSTRACT**

**Objective:**

To assess the anatomic-clinical aspects of this rare disease and to clarify the contribution of computed tomography to its management.

**Patient and Method:**

This is a case report of a 60-year-old patient operated for an acute abdomen complicating a strangulated lumbar hernia of Jean Louis Petit diagnosed by CT scan in 2015. The diagnosis was made by the abdominal CT scan, also listing the complications found, pillars of an effective management.

**Key words:** Imaging, Hernia, Jean Louis Petit, Senegal.

**Result:**

Mrs. S.K. aged 60 admitted to the C.H.R Ziguinchor (Senegal) for diffuse abdominal pain, fever and vomiting following a left lumbar swelling evolving for several days. The examination had noted a ballooned abdomen, sensitive with discreet, soft, reflexive, sensitive, irreducible softness of the left lumbar region. An acute abdomen was evoked. The ultrasound was technically difficult because of abundant abdominal gas. The X-ray without preparation had shown some air-fluid levels and the CT scan allowed an

accurate and complete preoperative diagnostic assessment.

**Conclusion:**

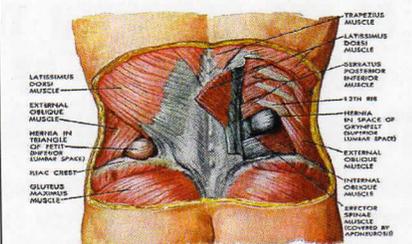
Medical Imaging remains essential for management of lumbar hernia complications, especially when the clinical findings remain non conclusive. The use of the CT scan makes it possible to establish the positive, etiological, topographic, diagnostic as well as the complications with a view to an effective management.

**INTRODUCTION**

La hernie lombaire est la protrusion d'un viscère ou de la graisse au travers d'une brèche congénitale ou acquise de la région lombaire. Elle se présente sous deux formes anatomiques : la hernie lombaire inférieure ou hernie de Jean Louis Petit, la hernie lombaire supérieure ou celle de Grynfelt [1].

Une déhiscence de la partie postérieure de l'oblique interne ou du fascia lombodorsal en est l'élément déterminant exposant à la hernie [2].

Il s'agit d'une variété très rare de hernie qui pose des difficultés diagnostiques et qui expose à des complications graves.



[Les hernies éponymes de l'abdomen, Regent D., Tissier S., Barbary C. et al.]

Figure A : à gauche : Hernie lombaire inférieure ou hernie de Jean Louis Petit ; à droite : hernie lombaire supérieure ou hernie de Grynfelt.

Le but de cette observation est de préciser l'apport de la tomodensitométrie dans le diagnostic de la hernie lombaire de Jean Louis Petit étranglée, compliquée d'un tableau d'occlusion intestinale aigue et comparer à la revue de la littérature.

**OBSERVATION**

Il s'agit d'une patiente de 60 ans, mariée, vendeuse au marché central, formule obstétricale G7P7A0, sans antécédents pathologiques notables et qui était admise en consultation pour une tuméfaction douloureuse lombaire gauche évoluant depuis plusieurs jours (Fig. B). L'histoire avait noté une tuméfaction d'installation progressive, modérément douloureuse. A l'admission, les signes vitaux étaient normaux. L'examen physique avait retrouvé une déshydratation, un abdomen modérément distendu, tympanique avec une discrète voussure lombaire gauche. Elle était rénitente et

permanente, sensible comme sur l'abdomen dans son ensemble. Le bilan biologique avait noté une discrète perturbation de l'ionogramme. L'échographie n'était pas contributive à cause d'une importante aérocolie, masquant le reste de cavité abdominale. L'ASP avait montré quelques niveaux hydroaériques. Le scanner abdomino-pelvien en acquisition volumique sans et avec injection du produit de contraste iodé (100cc d'iomeron 400mg/%) avait été réalisé en complément. Il avait mis en évidence une protrusion de la dernière anse grêle et de la graisse mésentérique à travers une zone

de faiblesse lombaire gauche délimitée par le grand dorsal en arrière, le grand oblique en avant et la crête iliaque en bas et dont l'aspect était compatible avec une hernie lombaire de Jean Louis Petit. Elle était associée à des niveaux hydro-aériques avec prise de contraste modérée des parois des anses intestinales (Fig.C) et une lame d'épanchement péritonéal pelvien traduisant un début de souffrance des anses digestives. Il n'y avait pas de pneumatose pariétale ni de pneumopéritoine. Le diagnostic de hernie lombaire de Jean Louis Petit avait été confirmé en per opératoire.

toire,  
se, é  
baire  
D). L  
d'une  
des  
sible  
toilet  
tes o  
sortie  
post-



**CO**

Les h  
Petit  
tituent  
paroi  
de 30  
prédo  
côté g  
3% de  
[4]. D  
felt se  
Jean-l  
le côté  
hernie  
est ra  
littéra

L'étiol  
Petit  
alors à  
dienne  
nées o  
La her  
fréque  
celles  
senter

Pour S  
de gros  
pourrai  
importa  
minales  
grosse  
qui rej  
dans la

Les ca  
toires  
iliaque  
osseux