

CAS CLINIQUE / CASE REPORT

MIGRATION TRANSVÉSICALE et INTESTINALE d'AGRAFES de FIXATION d'une MÈCHE UTILISÉE pour TRAITER une HERNIE INGUINALE par LAPAROSCOPIE TRANSPÉRITONÉALE

<http://www.lebanesemedicaljournal.org/articles/62-4/case3.pdf>

Pierre SARKIS¹, Fadi SLEILATY², Jean BIAJINI²

Sarkis P, Sleilaty F, Biajini J. Migration transvésicale et intestinale d'agrafes de fixation d'une mèche utilisée pour traiter une hernie inguinale par laparoscopie transpéritonéale. J Med Liban 2014 ; 62 (4) : 235-237.

RÉSUMÉ • Des corps étrangers introduits dans la cavité abdominale peuvent migrer dans les viscères dont la vessie et les intestins. Ces complications peuvent survenir après certaines chirurgies ouvertes ou laparoscopiques dans lesquelles du matériel synthétique est utilisé. Nous rapportons un cas exceptionnel de migration transvésicale et iléale d'agrafes utilisées pour la fixation d'une mèche durant une cure laparoscopique transpéritonéale de hernie inguinale chez un homme de 65 ans qui présentait des épisodes récidivants de fièvre, troubles urinaires et douleur pelvienne. Une laparotomie identifia une migration transvésicale et iléale d'agrafes utilisées pour fixer la mèche. Une résection iléale et vésicale limitée a été réalisée avec disparition totale des symptômes.

Mots-clés : hernie, laparoscopie, mèche, corps étrangers

INTRODUCTION

Des corps étrangers introduits dans la cavité abdominale peuvent migrer dans les viscères dont la vessie et les intestins. C'est le cas des mèches utilisées dans le traitement des hernies de la paroi. Cette migration peut entraîner des tableaux cliniques variables dont les plus fréquents sont infectieux et inflammatoires. Nous rapportons un cas exceptionnel de migration vésicale et iléale d'agrafes servant à fixer une mèche mise lors d'une cure de hernie par voie laparoscopique transpéritonéale.

CAS CLINIQUE

Un homme de 65 ans s'est présenté dans un tableau de fièvre, dysurie, pollakiurie et douleur sus-pubienne depuis plusieurs jours. Il avait subi quatre ans auparavant une cure de hernie inguinale bilatérale par voie laparoscopique transpéritonéale avec une résection endoscopique de la prostate. Depuis plusieurs mois, il présente des symptômes urinaires bas de plus en plus marqués.

Le bilan biologique révéla une hyperleucytose, une élévation de la protéine C réactive et une leucocyturie. La culture des urines identifia un *Escherichia coli* multisenible. Une double antibiothérapie fut administrée

¹Service d'Urologie, ²Service de Chirurgie viscérale, Hôpital Saint-Joseph, Beyrouth, Liban.

Correspondance : Dr Pierre Sarkis.
e-mail: dr.pierresarkis@gmail.com

Sarkis P, Sleilaty F, Biajini J. Bladder and bowel migration of tackers fixing a mesh used to repair an inguinal hernia via transperitoneal laparoscopy. J Med Liban 2014 ; 62 (4) : 235-237.

ABSTRACT • Introduction of foreign bodies inside abdominal cavity may migrate to hollow organs like bladder and bowel. This can occur after various laparoscopic or open abdominal and pelvic surgeries in which synthetic materials are used.

We report an exceptional case of bladder and ileal migration of tackers used to fix mesh during laparoscopic transperitoneal inguinal hernia repair in a 65-year-old man who presented for recurrent fever, dysuria, frequency and suprapubic pain. A laparotomy was done showing that some tackers which served to repair the hernia had migrated into ileon and bladder. We performed limited resection of involved ileum and bladder with complete disappearance of symptoms.

avec amélioration rapide clinique et biologique. Une cystoscopie souple pratiquée 10 jours après, à la recherche de sténose urétrale mit en évidence une formation tumorale arrondie de 1 cm sur le dôme vésical du côté droit (Fig. 1). Une résection endoscopique fut alors programmée.

Une semaine après, le patient revint avec le même syndrome clinique et biologique encore plus sévère. La douleur sus-pubienne était latéralisée à droite. Une tomodensitométrie abdomino-pelvienne mit en évidence une

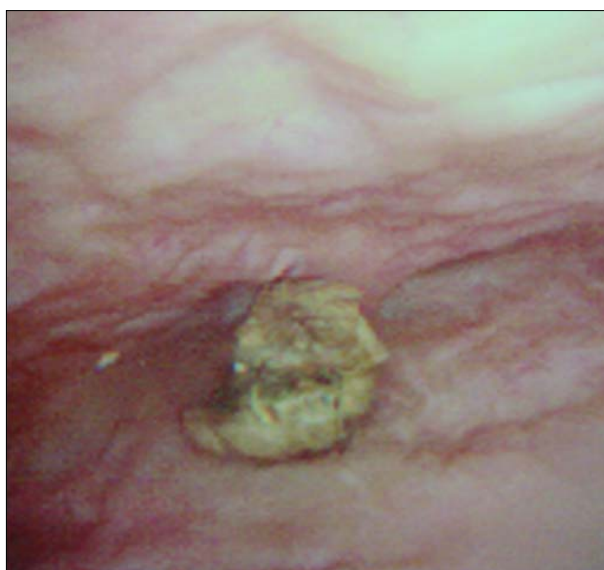


FIGURE 1. Cystoscopie souple mettant en évidence une formation tumorale du dôme vésical.

infiltration péricæcale sans pouvoir éliminer le diagnostic d'appendicite rétrocæcale. Un traitement antibiotique parentéral fut débuté et une laparoscopie diagnostique urgente jugée indispensable. Celle-ci a été précédée d'une nouvelle cystoscopie en pensant à une relation éventuelle de la tumeur vésicale atypique avec le tableau clinique.

La formation était plus proéminente faisant apparaître par transparence un calcul sous-muqueux. Ce calcul fut facilement effrité, cachant derrière lui une agrafe métallique. L'agrafe était complètement bloquée et n'a pu être retirée. Une cœlioscopie convertie rapidement en laparotomie furent alors pratiquées mettant en évidence une agglutination d'anses iléales sur la paroi latérale droite de la vessie (Fig. 2).

Des agrafes qui servaient à fixer la mèche de Prolene® mise durant la cure de la hernie étaient incrustées dans les parois de l'iléon et de la vessie. Une ablation des agrafes (Fig. 3), une résection intestinale d'une longueur de 10 cm de même qu'une excision d'un segment de la paroi vésicale contenant des agrafes furent réalisées (Fig. 4).

Les suites postopératoires étaient simples. Le patient, revu périodiquement depuis deux ans, n'a plus présenté de syndrome similaire.

DISCUSSION

La migration de corps étrangers dans la vessie et les intestins n'est pas une éventualité rare après certaines chirurgies ouvertes ou endoscopiques abdominales, pariétales et gynécologiques utilisant du matériel synthétique [1-5]. Les mèches utilisées pour traiter les hernies et les prolapsus peuvent induire une réaction inflammatoire dans les tissus de voisinage avec possibilité d'érosion des organes creux dont la vessie [2-5] et les intestins [1]. La migration peut même se produire plusieurs années après la chirurgie. Dans notre cas, ce sont les agrafes servant à fixer la plaque qui ont migré constituant une éventualité exceptionnelle qui n'a jamais été décrite auparavant. Sur les agrafes intravésicales, un calcul s'est constitué comme dans la plupart des cas de corps étrangers dans la vessie. Ce calcul s'est alors épithélialisé donnant l'impression d'une formation tumorale intravésicale et expliquant les symptômes chroniques d'irritation vésicale et l'infection urinaire. De la même façon, la migration des agrafes dans la paroi de l'iléon a provoqué une réaction inflammatoire qui a fini par devenir très intense expliquant ainsi le syndrome inflammatoire clinique et biologique sévère.

Il est probable que l'utilisation de la voie transpéritonéale dans la cure laparoscopique de la hernie ait favorisé la migration simultanée vésicale et iléale des agrafes. Il suffit que la péritonisation et le refoulement de la vessie soient incomplets pour favoriser ce genre de complications. Dans la voie préperitoneale, le péritoine est en principe respecté. Les agrafes de fixation de la mèche peuvent être éventuellement au contact de la vessie et non pas de l'iléon. Par conséquent, cette voie doit protéger les organes intra-abdominaux, et en particulier l'intestin, et c'est un de ses avantages.

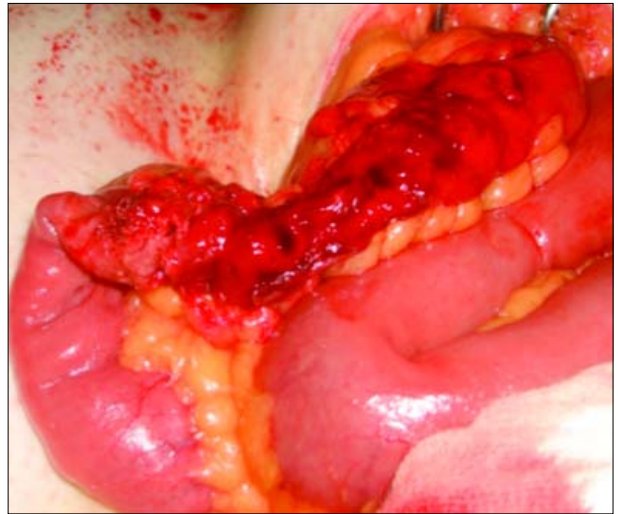


FIGURE 2. Segment iléal inflammatoire dans la paroi duquel des agrafes sont présentes.



FIGURE 3. Agrafes enlevées de la vessie et de l'iléon.

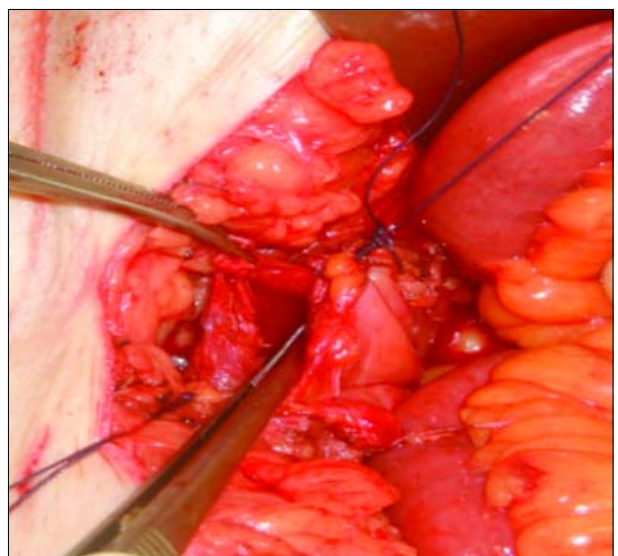


FIGURE 4. Fermeture vésicale après excision de la paroi contenant les agrafes.

Dans notre cas où la cure a été réalisée par voie transpéritonéale, c'est l'intestin qui a été probablement le premier intéressé par les agrafes, aboutissant à la formation d'un abcès cloisonné qui s'est ouvert secondairement dans la vessie.

CONCLUSION

La migration dans la vessie d'agrafes de fixation des mèches utilisées dans les cures de hernies par voie laparoscopique est une éventualité exceptionnelle. Il en résulte des symptômes urinaires bas chroniques avec des infections urinaires récidivantes. L'association avec une migration d'agrafes dans la paroi iléale entraîne un syndrome abdominal et pelvien inflammatoire atypique. Devant un tel tableau chez un patient ayant des antécédents de cure de hernie par voie laparoscopique transpéritonéale, il faudrait évoquer la possibilité de migration de mèches ou d'agrafes dans les organes creux de proximité.

RÉFÉRENCES

1. Goswami R, Babor M, Ojo A. Mesh erosion into caecum following laparoscopic repair of inguinal hernia (TAPP): a case report and literature review. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2007 Oct; 17 (5): 669-72.
2. Hamouda A, Kennedy J, Grant N, Nigam A, Karanjia N. Mesh erosion into the urinary bladder following laparoscopic inguinal hernia repair; is this the tip of the iceberg? *Hernia* 2010 Jun; 14 (3): 317-19.
3. Chowbey PK, Bagchi N, Goel A et al. Mesh migration into the bladder after TEP repair: a rare case report. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006 Feb; 16 (1): 52-3.
4. Kurukahvecioglu O, Ege B, Yazicioglu O, Tezel E, Ersoy E. Polytetrafluoroethylene prosthesis migration into the bladder after laparoscopic hernia repair: a case report. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007 Oct; 17 (5): 474-6.
5. Delorme E, Hermieu JF. Recommandations concernant la prise en charge des complications des bandelettes sous-urétrales. *Progrès en urologie* 2010; 20 (Suppl. 2): S132-S142.