



Cas clinique

Migration intra-scrotale du cathéter péritonéal du système de dérivation ventriculopéritonéale : Aspects physiopathologique, diagnostique et thérapeutique

Intrascrotal migration of the peritoneal catheter of the ventriculoperitoneal shunt system: Physiopathological, diagnostic and therapeutic aspects

M Diallo^{*1}, Y Sogoba¹, S Salem-Memou², D Kanikomo¹

Résumé

La dérivation ventriculopéritonéale (DVP) est la technique la plus utilisée pour traiter une hydrocéphalie. Cette dérivation n'est pas à l'abri de complications. La migration de la portion péritonéale dans le scrotum est une complication assez rare rapportée dans la littérature. Elle doit être recherchée devant toute suspicion de complication de valve chez un nourrisson de sexe masculin au cause du risque d'une atteinte du testicule pouvant entraver son pronostic fonctionnel. La prise en charge adéquate consiste en la fermeture du processus vaginalis dans le même temps opératoire que le remplacement de la DVP.

Mots clés : migration scrotale, dérivation ventriculopéritonéale, complication, nourrisson

Abstract

The ventriculoperitoneal shunt (VPS) is the most commonly used technique for treating hydrocephalus. This derivation is not at the shelter of complications. The migration of the peritoneal

portion into the scrotum is a rather rare complication reported in the literature. It must be investigated for suspicion of a shunt complication in a male infant because of the risk of testicular involvement that may hinder its functional prognosis. Adequate management consists of closing the vaginalis process at the same time as the repositioning of the VPS.

Keywords: scrotal migration, ventriculoperitoneal shunt, complication, infant

Introduction

La dérivation ventriculopéritonéale (DVP) consiste à drainer l'excès de liquide cébrospinal (LCS) des cavités ventriculaires cérébrales vers le péritoine qui est un excellent site d'absorption.

Cette technique la plus utilisée dans le traitement de l'hydrocéphalie est parfois sujete à des complications parmi lesquelles la migration du cathéter péritonéal dans le scrotum. Il s'agit d'une

complication assez rare avec seulement une trentaine de cas décrits dans la littérature [1].

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de sexe masculin âgé de 19 mois qui a présenté cette complication sur une dérivation placée pour une hydrocéphalie congénitale. A travers cette observation, nous rappelons le mécanisme de survenue et les principes du traitement de cette complication.

Cas clinique

Il s'agissait d'un nourrisson de sexe masculin, âgé de 19 mois qui fut conduit aux urgences pédiatriques du CHU Gabriel TOURE de Bamako en février 2016 pour un ralentissement idéomoteur avec une somnolence d'intensité croissante et un refus de s'alimenter. Ces symptômes évoluaient depuis environ 3 semaines accompagnés de quatre épisodes de vomissements au cours de la dernière semaine. Dans ses antécédents, nous notons une dérivation ventriculo-péritonéale (DVP) pour une hydrocéphalie congénitale au mois de juillet 2014 alors qu'il était âgé de 4 mois. Les suites opératoires étaient sans particularités. L'exéat avait eu lieu au bout d'une semaine et revu en consultation un mois plus tard avec une évolution satisfaisante.

L'examen clinique à la consultation du mois de février 2016 avait trouvé un enfant somnolent, hypotonique et qui réagit faiblement au stimuli dououreux. Les pupilles étaient isocores avec un regard dirigé vers le bas « regard en coucher de soleil ». Sur le scalp, on notait une dilatation des veines. La palpation du trajet de valve n'avait rien de particulier. L'examen abdomino-pelvien sur l'enfant devêtu avait permis de constater une tuméfaction scrotale gauche. Le patient était apyrétique. Une échographie testiculaire avait conclu à une hydrocèle gauche. La radiographie du crâne et du thorax et abdominopelvienne (*Image 1*)

avait mis en évidence la présence du drain péritonéale dans le scrotum.

Après avis auprès des chirurgiens pédiatres, une indication chirurgicale avait été retenue. Le traitement consistait en un premier temps à la section, à l'ablation du cathéter péritonéal migré dans le testicule et la fermeture de la communication anormale entre le péritonéal et la cavité inguinale par les chirurgiens pédiatres à travers une incision inguinale. Le changement de tout système de DVP à l'exception du cathéter ventriculaire sur lequel fut connecté à la nouvelle valve pour drainer le LCS dans la cavité péritonéale. Les suites opératoires s'étaient bien déroulées. Après une hospitalisation de 10 jours du bout de laquelle les points de sutures avaient été retirés, l'enfant est exéat. Il fut reçu en consultation externe un mois plus tard avec une très bonne évolution. Le reste du suivi était fait tous les 3 mois pendant un an et puis après deux fois dans l'année. A 25 mois l'évolution était satisfaisante, aucune complication n'avait été enregistrée par rapport aux deux chirurgies.



Cathéter péritonéal dans le scrotum

Image 1: Radiographie thoraco-abdominopelvienne de face

Discussion

Environ 31 cas de migration du cathéter péritonéale de DVP dans le scrotum ont été décrits dans la littérature [2]. Ils concernent pour la grande majorité des nourrissons. La physiopathologie serait liée à une brièveté du processus vaginalis qui peut se voir jusqu'à 60% des nouveau-nés au cours de leurs premières années de vie [1 ; 3]. Le processus vaginalis se forme dans les deux sexes pendant le développement embryologique et une évagination du péritoine dans le canal inguinal se produit. Chez le garçon, à 28 semaines de gestation, les testicules vont migrer de l'abdomen postérieur à l'anneau inguinal interne, et à 32 semaines, les testicules pénètrent dans le scrotum [4] ; en ce moment débutera la fermeture de la communication entre la cavité péritonéale et le petit bassin. Parfois, cette fermeture se fait de façon incomplète ou est absente.

Le diagnostic d'une migration intrascrotale est d'abord clinique par la mise en évidence d'une tuméfaction croissante de la bourse quelques années ou plusieurs mois après une DVP. Le caractère indolore de la tuméfaction signe une absence de conflit entre le cathéter migré et le testicule avec ses annexes. La modification de l'état clinique du patient par la survenue de signes d'hypertension intracrânienne (HTIC) traduit le dysfonctionnement du système de drainage du LCS.

Devant ce tableau clinique, l'indication chirurgicale devient une urgence pour lever l'HTIC qui peut évoluer vers le coma. La radiographie conventionnelle suffit pour trouver le type de complication mécanique qui dans notre observation était la migration de valve.

Un traitement chirurgical précoce est recommandé afin de préserver le pronostic vital du patient et le pronostic fonctionnel du testicule avant l'installation d'un étranglement de ce dernier avec ses annexes par le cathéter migré. Si certains auteurs proposent l'abord chirurgical direct sur processus vaginalis [2] comme ce fut le cas dans notre observation; associé à la ligature du sac, car l'augmentation de la pression du LCS empêche l'occlusion spontanée de la dehiscence vaginalis [5] ; d'autres sont favorables à un abord endoscopique par laparoscopie [3]. Cette technique permet aussi de chercher la persistance de defect du processus vaginalis au moment de la première pose de DVP [3] et ainsi de prévenir une complication ultérieure à type de migration intrascrotale. Cela est d'autant justifié lorsqu'il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin porteur d'une malformation congénitale. La précocité de la prise en charge et la collaboration entre les neurochirurgiens et les chirurgiens pédiatres conduisent toujours à une évolution satisfaisante.

Conclusion

La migration scrotale de la portion distale d'une DVP est une complication rare aux conséquences graves en l'absence d'une prise en charge adaptée dans les meilleurs délais. La multidisciplinarité de la gestion des patients permet d'obtenir de meilleurs résultats.

*Correspondance

Moussa Diallo

(moussa.diallo@fmos.usttb.edu.ml)

Reçu: 14 Juin 2018; Accepté: 25 Mars 2019 ; Publié: 10 Juin 2019

1. Service de Neurochirurgie CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali
2. Service de Neurochirurgie Centre Hospitalier de Nouakchott, Mauritanie

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun

Références

- [1] 1. Mohammadi A, Hedayatiasl A, Ghasemi-Rad M. Scrotal migration of a ventriculoperitoneal shunt: a case report and review of literature. *Med Ultrason*. 2012; 14(2): 158-60.
- [2] 2. Seyed Amir Javadi, Fereshteh Naderi. Tip of Peritoneal Catheter of Ventriculo- Peritoneal Shunt in Scrotum. *Arch. Neurosc* 2017, 4 (3); e58389.
- [3] 3. Ricci C, Velimirovic BM, Fitzgerald TN. Case report of migration of 2 ventriculoperitoneal shunt catheters to the scrotum: Use of an inguinal incision for retrieval, diagnostic laparoscopy and hernia repair. *Int J Surg Case Rep*. 2016; 29: 219-22.
- [4] 4. Keith L., Moore TP. *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology*, W.B. Saunders. 1993; 290-94
- [5] 5. Hung SW. A 5-month-old infant with right scrotum swelling; a case report. *Emerg*. 2017; 5(1): 14

Pour citer cet article:

Diallo Moussa, Sogoba Youssouf, Salem-Memou Sidi et al. Migration intra-scrotale du cathéter péritonéal du système de dérivation ventriculopéritonéale : Aspects physiopathologique, diagnostique et thérapeutique. *Jaccr Africa 2019; 3(2): 165-168*.