

HERNIE DE SPIEGEL : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

M. ABID, R. MZALI, N. FERIANI, A. TRABELSI, M. BEN AMAR, M. I. BEYROUTI.

Service de chirurgie générale. EPS Habib Bourguiba Sfax - Tunisie

RESUME

La hernie de Spiegel est rare et représente moins de 0,1% des hernies de la paroi abdominale. Elle est souvent diagnostiquée au stade de complication. Nous rapportons une femme de 52 ans avait présenté une occlusion intestinale aigue avec l'apparition d'une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque gauche. Les données des examens morphologiques étaient en faveur d'une hernie de Spiegel étranglée et l'exploration chirurgicale avait montré un sac herniaire à contenu grélique de bonne vitalité avec un collet étroit. Il a été réalisé une raphie simple après réintégration du grêle en intra-abdominale. Les suites opératoires ont été simples avec un recul de 2 ans. Les difficultés diagnostiques et thérapeutiques sont discutées à travers une revue de la littérature.

Mots-clés : Diagnostic – Occlusion Intestinale – Hernie de Spiegel – Traitement

INTRODUCTION

Les hernies de Spiegel sont rares et représentent 0,1% des hernies [1]. La complication la plus fréquente est l'étranglement herniaire à l'origine d'une occlusion intestinale aiguë[2]. Nous rapportons un cas de hernie de Spiegel compliquée d'occlusion survenant chez une femme de 52 ans et diagnostiquée par la tomodensitométrie abdominale. A travers cette observation et une revue de la littérature, nous essayons d'en soulever les aspects diagnostiques et thérapeutiques à travers une revue de la littérature.

OBSERVATION

Femme de 52 ans, sans antécédents pathologiques, consultait en urgence pour des douleurs de la fosse iliaque gauche d'apparitions brutales évoluant depuis 24 heures associées à des vomissements et un arrêt de matière et de gaz. L'examen physique trouvait une patiente apyrétique, abdomen distendu avec la présence d'une masse de 8 x 5cm localisée en fosse iliaque gauche, mobile, ferme et sensible. Absence de syndrome péritonéal. Le toucher rectal objectivait une ampoule rectale vide. Le reste de l'examen était sans particularité. Le cliché d'abdomen sans préparation montrait des niveaux hydro-aériques type gréliques. La biologie trouvait une hyperleucocytose à 13000 globules blancs/ml. Une tomodensitométrie abdominale objectivait une solution de continuité au niveau de la ligne de Spiegel avec la présence d'un sac herniaire en situation interpariétale contenant une anse digestive souffrante responsable d'une distension du grêle en amont (Fig 1). Absence de pneumopéritoine ou

d'épanchement intra-péritonéal. Le diagnostic d'une hernie de Spiegel étranglée était retenu. L'exploration chirurgicale, par voie élective, trouvait un sac herniaire de 8cm avec un collet étroit de 2 cm situé à la réunification du bord latéral du muscle grand droit et des muscles transverses gauches de l'abdomen. Le grêle ainsi que l'épiploon étaient contenus dans le sac et de bonne vitalité. Le sac péritonéal était réséqué puis plicaturé. Le défaut pariétal était réparé de façon directe par des points en X de fil non résorbable. Un drainage sous cutané a été installé et les suites opératoires furent simples. La patiente mis sortante au 4^{ème} jour postopératoire.

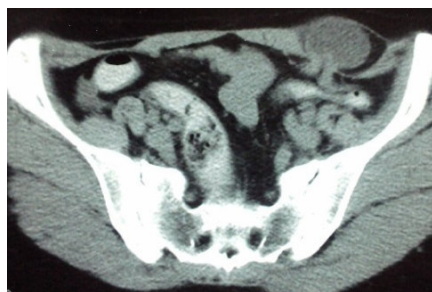


Fig 1 : TDM Abdominale. Solution de continuité au niveau de la ligne de Spiegel. Présence d'un sac herniaire en situation interpariétale, en dedans du muscle oblique externe et en dehors du muscle oblique interne. Il contient une anse grêle souffrante.

DISCUSSION

Les hernies de Spiegel sont rares [1,2]. Elles correspondent à la protrusion d'un sac péritonéal à travers un orifice anatomique acquis ou congénital de la ligne de Spiegel[1]. Leur incidence est en nette augmentation vu l'amélioration des techniques d'imagerie moderne[1]. Les hernies de Spiegel surviennent à n'importe quel âge avec un pic entre 40 et 70 ans[3]. Elles touchent aussi bien la femme que l'homme[3,4]. Il existe des facteurs prédisposants telle qu'une hyperpression intra-abdominale secondaire à l'obésité morbide, les grossesses multiples et la toux chronique. La perte rapide de poids chez les patients obèses peut également jouer un rôle[1]. Notre patiente était une femme de la cinquantaine qui ne présente aucuns facteurs de risque. La hernie se développe en situation interpariétale entre le muscle oblique externe en avant et le muscle oblique interne et transverse en arrière. Dans la plupart des cas, le sac herniaire contient de l'épiploon, du grêle, le cæcum, l'appendice ou le sigmoïde[2,3,5]. Certains auteurs retrouvent un contenu plus atypique tel que l'estomac, la vésicule biliaire, le diverticule de Meckel, un ovaire, un myome utérin ou un nodule d'endométriose[1]. Le collet de la hernie est en général étroit de 0,5 à 2 cm, et de ce fait, il est responsable d'incarcérations et d'étranglements avec syndrome occlusif[2,5].

Les signes cliniques sont peu spécifiques. L'échographie et surtout la tomodensitométrie sont utiles au diagnostic[1]. Elles objectivent le sac herniaire entre les muscles obliques externe et interne, ainsi que la solution de continuité au niveau de la ligne de Spiegel [2,5].

L'examen TDM précise le contenu du sac. Dans le cas clinique présenté, il s'agit de l'incarcération du grêle qui était objectivé par le scanner abdominale.

Le traitement de la hernie de Spiegel est chirurgical [1], habituellement par une voie d'abord latérale. La laparotomie médiane n'est indiquée qu'en cas d'étranglement herniaire, permettant une manipulation plus facile du contenu herniaire et une exploration complète de la cavité abdominale[2,5]. Notre patiente a été opérée par voie élektive dont l'exploration chirurgicale avait trouvé une anse grêle souffrante qui a pris une coloration normale après leur réintégration dans l'abdomen. Une raphie simple de la hernie a été réalisée. Actuellement, l'approche coelioscopique est une nouvelle voie permettant de traiter la hernie et de mettre une plaque si l'état locale le permet[4].

CONCLUSION

La hernie de spiegel est rare, souvent méconnue, diagnostiquée souvent au stade d'étranglement. Grace au progrès de l'imagerie médicale que le diagnostique peut être porté en préopératoire permettant une prise en charge adéquate. La voie coelioscopique constitue une nouvelle approche à la voie classique.

REFERENCES

- 1- Alan T. Richards . Spigelian Hernias. Operative Techniques in General Surgery 2004 ; 6 ; 228-239
- 2- A Ribetro, J Cruz, M Moeira. Intestinal obstruction induced by a giant incarcerated spigelian hernia. Case report and review of the literature. Sco Paulo Med J 2005 ; 123 : 148-50 .
- 3- J Marschall, A Vergis. Radiology for the surgeon : Soft-tissue case 53. Can J Surg 2004 ; 47: 119-120.
- 4- J E Wiedeman, J Clay. The open mesh repair of Spigelian hernia. Am J Sur 2008 ; 196 : 460-462
- 5- A.F. Rakototiana, H.N. Rakoto-Ratsimba, F.A. Hunald, N. Razafimanjato, H. Rambel. Hernie de Spiegel compliquée d'une fasciite nécrosante de la paroi abdominale : A propos d'un cas. Revue Tropicale de Chirurgie 2008 ; 2 : 5-7.