

## Cas Clinique

# Hernie de Spiegel chez l'Enfant : À Propos d'un Cas au CHU de Brazzaville

## *Spigelian hernia in a child: a case report at the University Hospital Center of Brazzaville*

Koutaba E.<sup>1</sup>, Mbutol Mandavo C.<sup>1</sup>, Motoula Latou N.<sup>2</sup>, Nzaka Moukala C.D.<sup>2</sup>, Mieret J.C.<sup>1</sup>, Atipo Ibara B.<sup>3</sup>

- (1) Service de chirurgie et orthopédie pédiatrique.
- (2) Service de chirurgie digestive
- (3) Service de Gastroentérologie et Médecine Interne. CHU de Brazzaville (Congo)

**Correspondance:** Koutaba Emmanuel.  
Service de chirurgie et orthopédie pédiatrique

CHU de Brazzaville BP 32

Brazzaville-Congo

Tél: (+242) 066 385 439

### RÉSUMÉ

La hernie de Spiegel est une pathologie rare chez l'enfant. Elle se manifeste par la présence permanente ou pendant l'effort d'une tuméfaction antérolatérale ou ventrolatérale. Le diagnostic est souvent difficile chez l'enfant. La prise en charge est chirurgicale ; et consiste en une fermeture de la déhiscence par raphie ou par plastie. Nous rapportons un cas documenté d'une hernie de Spiegel chez un enfant de 7 ans traité par aponévrotomie selon la technique de Lazaro Da Silva. Les suites opératoires ont été simples.

### ABSTRACT

Spigelian hernia is a rare disease in children. It is manifested by the permanent presence during exercise of an anterolateral or ventrolateral swelling. Its diagnosis is difficult in children. The treatment is surgical and consists of a closed dehiscence by raphy or plasty. We report a documented case of Spigelian hernia in a 7-year-old child that was treated by raphy using the technique of Lazaro Da Silva. The postoperative course was uneventful.

## INTRODUCTION

La hernie de Spiegel correspond à la protrusion d'un sac péritonéal à travers un orifice anatomique acquis ou congénital de la ligne de Spiegel (aponévrose du petit oblique et du transverse [1]). Il s'agit d'une entité rare qui n'a été décrite que chez 37 enfants de moins de 17 ans (âge moyen : 4,52 ans) dans la littérature mondiale [1, 2]. Le traitement est chirurgical par raphie ou par plastie utilisant du matériel prothétique. Nous rapportons un cas colligé dans le service de Chirurgie Pédiatrique du CHU de Brazzaville.

## OBSERVATION

IL s'agissait d'un garçon de 7 ans, habitant une zone rurale située à 940 kilomètres de Brazzaville, admis dans le service de Chirurgie Pédiatrique du CHU de Brazzaville en Janvier 1996 pour une tuméfaction para rectale gauche sus et sous ombilicale. La tuméfaction évoluait de façon progressive depuis 2 semaines de vie et n'était pas associée à un trouble de transit.

La survenue d'une douleur abdominale généralisée intermittente et d'une gêne respiratoire modérée avaient justifié le transfert et l'admission du patient dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU de Brazzaville.

L'examen physique à l'entrée montrait un enfant, avec un retard staturo-pondéral et apyrétique. La fréquence respiratoire était à 28 cycles par minute les champs pulmonaires libres et la fréquence cardiaque était à 100 battements par minute.

A l'inspection de l'abdomen, on notait la présence d'une tuméfaction antérolatérale gauche para rectale déformant l'abdomen (figure 1).



Figure 1 : déformation antéro-latérale gauche de l'abdomen

La tuméfaction était ovale et disposée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, molle, indolore, réductible, impulsive aux efforts de toux, et mesurant 20 cm x 12 cm. Elle était recouverte de téguments normaux sans signes inflammatoires. La réduction s'accompagnait d'un gargouillement caractéristique de la réintégration intestinale. Après réduction douce de l'intestin, on avait apprécié le collet herniaire dont les bords étaient résistants avec un diamètre de 5 à 6 centimètres environ. Le reste de l'examen physique était sans particularité.

L'échographie a montré une solution de continuité aponévrotique au niveau de la ligne de Spiegel avec la présence d'un sac herniaire en situation intra pariétale contenant des anses grêles.

Sur la base des éléments cliniques et échographiques, nous avons posé le diagnostic d'une hernie de Spiegel.

L'exploration chirurgicale a retrouvé une hernie de Spiegel contenant des anses d'intestin grêle viable. Le traitement de la hernie a consisté en une résection du sac herniaire, une réduction de l'intestin grêle (figure 2) avec une cure pariétale par aponévrorraphie (figure 3).



Figure 2 : ouverture et résection du sac

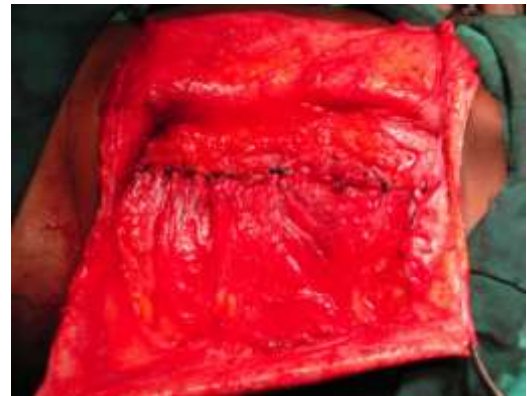


Figure 3 : fermeture complète de l'orifice herniaire

Les suites opératoires ont été simples avec reprise du transit au deuxième jour du postopératoire et sortie du patient au cinquième jour.

## DISCUSSION

La hernie de Spiegel survient à tout âge avec un pic entre 40 et 70 ans [3]. Son incidence est en nette augmentation avec l'amélioration des techniques d'imagerie moderne [1]. Chez l'adulte, elle survient suite à une faiblesse de la paroi abdominale. Cette faiblesse pariétale peut être occasionnée par les affections entraînant une hyperpression intra-abdominale comme l'obésité morbide, les grossesses multiples, ou la toux chronique [1, 4]. Cependant, chez l'enfant, l'étiologie de la hernie de Spiegel reste encore mal connue. Certaines hypothèses sont évoquées : une anomalie congénitale dans le développement de la paroi abdominale secondaire à un changement structurel des muscles oblique interne et transverse, l'infiltration des muscles par de la graisse et une paralysie musculaire [2]. La plupart des cas de hernie de Spiegel décrits chez les enfants sont de survenue spontanée et idiopathique mais certains auteurs rapportent des cas de hernies postopératoires et post-traumatiques [2, 5].

Le tableau clinique, souvent polymorphe, est source de retard diagnostique [7]. L'échographie et surtout le scanner sont utiles au diagnostic [6].

L'échographie abdominale peut visualiser les défauts musculo-aponévrotiques situés dans la ligne du semi-lunaire ou ligne de Spiegel [7]. Quant au scanner il délimite clairement les différentes couches musculaires de la paroi abdominale et permet d'avoir un diagnostic préopératoire précis [6].

A côté de ces examens onéreux, la radiographie de l'abdomen sans préparation de face peut montrer des images de boucles intestinales en dehors de la cavité péritonéale quand le sac herniaire contient de l'intestin [6].

Dans notre contexte, nous avons pu poser le diagnostic positif grâce aux éléments cliniques et échographiques ; le scanner ne pouvant pas se faire pour des raisons financières.

Le collet herniaire, généralement étroit de l'ordre de 0,5 à 2 cm, est responsable d'incarcération et d'étranglement avec syndrome occlusif [4, 8]. Dans notre cas le collet était très large ce qui pouvait expliquer l'absence d'étranglement ou d'incarcération jusqu'à la date de la prise en charge.

Le traitement de la hernie de Spiegel est strictement chirurgical [1]. Il peut consister en la mise en place de matériel synthétique ou en une raphie pariétale. Le coût élevé de la prothèse (en moyenne 100 000 francs Cfa soit 139 euros), dans nos conditions, nous a fait préférer la cure herniaire par raphie pariétale. L'aponévrorraphie a permis d'obtenir une résistance pariétale suffisante et préventive des éventrations. D'ailleurs beaucoup d'auteurs préfèrent l'usage de la raphie pariétale dans les cures herniaires chez les enfants [8].

## REFERENCES

- Alexandre J, Bouillot J. Traitement chirurgical des hernies de Spiegel ou hernies ventrales latérales ou antéro-latérales. Editions Techniques-Encycl. Méd. Chir. (Paris-France). Techniques chirurgicales –Appareil digestif, 40-151, 1994, 4p.
- Spinelli C, Strambi S, Pucci V, Liserre J, Spinelli G, Palombo C. Spigelian hernia in a 14-year-old girl : A case report and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg Rep* 2014; 2: 58–62.
- Durham M, Ricketts R. Congenital spigelian hernias and cryptorchidism. *J Pediatr Surg* 2006; 41:1814-7.
- Alan T, Richards. Spigelian Hernias. *Operative Techniques in General Surgery* 2004; 6: 228-39.
- Sudhir K, Salabh G, Saurabh G. Traumatic Spigelian Hernia Due to Handlebar Injury in a Child: A Case Report and Review of literature. *Indian J Surg* 2013; 75 (Suppl 1): 404–6
- Rakototiana A, Rakoto-Ratsimba H, Hunald F, Razatimanjato N, Rambel H, Laborde Y. Hernie de Spiegel compliquée de fasciite nécrosante de la paroi abdominale. A propos d'un cas. *Rev Trop Chir* 2008; 2: 5-7
- Amodio F, Hierholzer J, Mansueto G, Lemke A, Smaltino F. Quiz cases of the month. Latero-ventral hernia of the abdominal wall (Spigelian hernia). *Eur Radiol* 2000 ; 10 (11): 1839-40.
- Keita M, Boitron TI, Dambouya N et al. Hernie de Spiegel chez l'enfant : A propos de 7 cas colligés en 10 ans aux services de chirurgie pédiatrique du CHU de Donka et du Centre Mère et Enfant. [WWW.guimed.gn.refer.org/article\\_25.html](http://WWW.guimed.gn.refer.org/article_25.html).
- Ray NK, Sreeramulu PN, Krishnaprasad K. Spigelian hernia: fascia lata repair is an alternative option in absence of prolene mesh. *JIMA* 2002; 100: 370-1.
- Montupet P, Esposito. Quinze ans d'expérience dans le traitement laparoscopique de la hernie inguinale chez l'enfant. *E-mem Acad Chir* 2013; 12: 64-7.

Dans l'arsenal thérapeutique, les plasties musculaires de comblement constituent une alternative. Mais, elles sont susceptibles d'entraîner un déficit fonctionnel, favoriser la survenue des hernies lombaires de faiblesse [9]. Actuellement l'approche coelioscopique est une nouvelle possibilité permettant de traiter la hernie et de mettre une plaque si l'état local le permet [10].

## CONCLUSION

La hernie de Spiegel est une entité clinique rare chez l'enfant. Dans sa forme volumineuse, en absence de matériel synthétique, une simple raphie pariétale peut apporter des bons résultats.

## CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun