

Une hernie étranglée sur le fascia de Spiegel

A Strangulated Hernia on Spiegel's Fascia

F. Javaudin · G. Simon

Reçu le 2 juin 2017 ; accepté le 10 juillet 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017



Fig. 1 TDM abdominale : (A) en coupe axiale ; (B) en coupe sagittale montrant la hernie de Spiegel

Une femme âgée de 68 ans est adressée aux urgences par son médecin traitant pour une suspicion de syndrome occlusif depuis la veille avec des douleurs abdominales principalement localisées au niveau du flanc droit avec une masse palpable. Cette femme a pour principaux antécédents un cancer du sein droit T3N0M0 dont la chimiothérapie néo-adjuvante a débuté il y a deux mois et une hernie inguinale droite opérée sous cœlioscopie il y a 18 ans. L'examen clinique confirme la présence d'une voussure sensible et non réductible de la paroi abdominale antérieure, au niveau du flanc droit, associée à un syndrome occlusif. La biologie (NFS, ionogramme et bilan hépatique) est normale. Après la pose d'une sonde nasogastrique une tomodensitométrie (TDM) abdominale est réalisée aux urgences (Fig. 1) et retrouve

une occlusion colique mécanique avec incarceration colique transverse au sein d'une hernie de Spiegel étranglée à droite avec un cæcum dilaté à 8 cm. La patiente est opérée le soir même sous cœlioscopie. Le sac d'éventration est réséqué et le déficit musculo-aponévrotique suturé sans mise en place d'une prothèse. Les suites opératoires ont été simples avec une sortie à j5 postopératoire. La patiente est revue en consultation à j13 et aucune complication n'est objectivée. À j28, la patiente est de nouveau admise aux urgences pour la survenue d'une masse indolore au niveau du site opératoire sans autre symptôme. La TDM abdominale montre une volumineuse collection pariétale (75x45x100 mm) en regard du site opératoire. Il s'agit d'un sérome dont l'évolution a été favorable spontanément sans qu'il n'ait été nécessaire de le drainer ou de le ponctionner en l'absence de signes infectieux et de récurrence de la hernie ; la sortie a été autorisée après cinq jours.

La hernie de Spiegel est une forme rare de hernie spontanée abdominale antéro-latérale (0,12 % des hernies abdominales) chez des sujets entre 40 et 70 ans [1]. Elle se situe dans une zone de faiblesse appelée le fascia de Spiegel, localisé à l'entrecroisement des fibres des muscles abdominaux transverse et obliques sur le bord latéral du grand droit. Le diagnostic est parfois difficile à faire cliniquement sauf cas évident de masse abdominale palpable antérolatérale (droite ou

F. Javaudin (✉)

Service d'accueil des urgences, CHU de Nantes,
1 place Alexis-Ricordeau, F-44000 Nantes
e-mail : francois.javaudin@chu-nantes.fr

Équipe MiHAR, Institut de Recherche en Santé 2,
22 boulevard Benoni-Goullin, F-44200 Nantes, France

G. Simon

Service de chirurgie digestive et endocrinienne,
CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, F-44000 Nantes

gauche) en général sous la ligne ombilicale. En effet, la hernie est souvent de petite taille avec un collet très étroit ou en chicane et peut être recouverte par l'aponévrose oblique externe et le panicule adipeux. On estime à 36 % le taux de patient n'ayant pas cette masse caractéristique accessible à la clinique [2]. L'incidence d'étranglement et d'incarcération de ce type de hernie est estimée à 17 % nécessitant donc une intervention chirurgicale urgente. Le diagnostic est confirmé par la TDM abdominale mais est également accessible à l'échographie. La laparoscopie est une technique chi-

urgicale à privilégier avec laquelle le taux de complications et de récurrences est très faible (entre 0 % et 4 %) [2].

Références

1. Mittal T, Kumar V, Khullar R, et al (2008) Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. *J Minim Access Surg* 4:95–8
2. Larson DW, Farley DR (2002) Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World J Surg* 26:1277–81