

Hernie digestive lombaire

Lumbar Digestive Hernia

R. Girerd · R. Le Bihan

Reçu le 29 mai 2021 ; accepté le 25 juin 2021
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

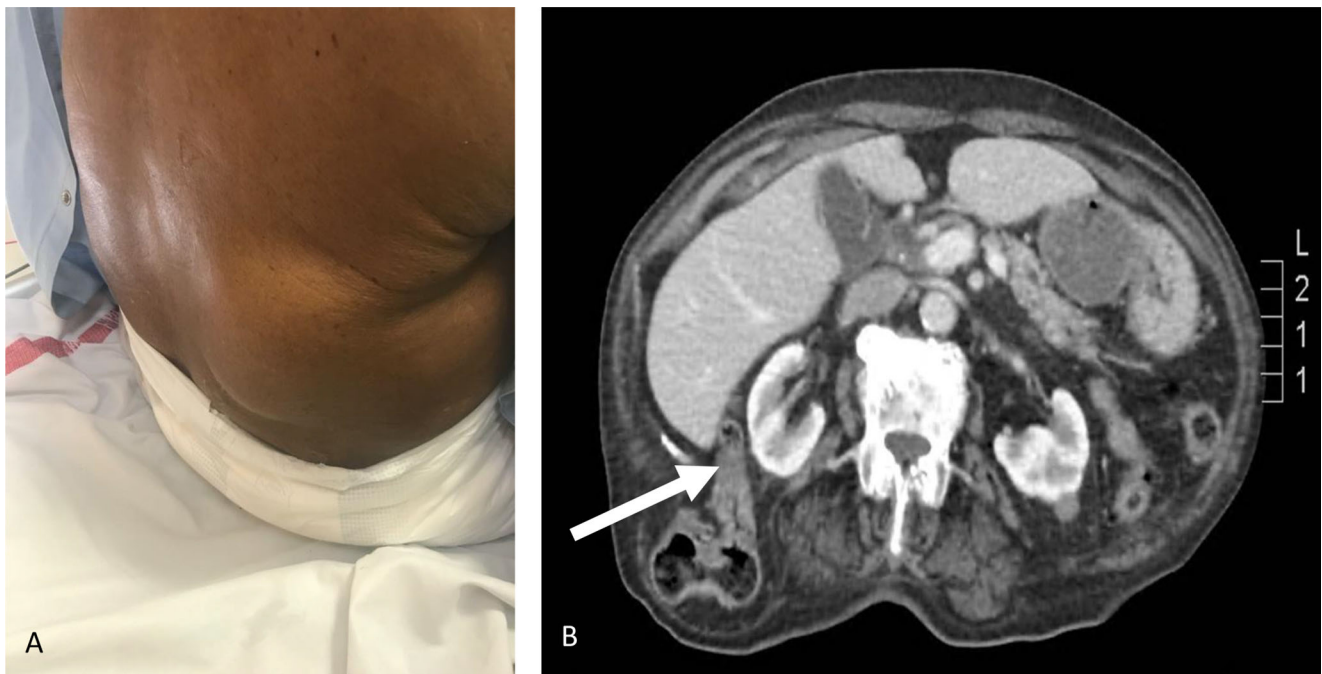


Fig. 1 A. Masse lombaire droite visualisée aussi bien en position assise qu'allongée. B. Tomodensitométrie abdominopelvienne injectée qui retrouve la hernie digestive pariétale postérieure droite (flèche blanche)

Une patiente âgée de 93 ans est adressée par son médecin traitant aux urgences pour apparition d'une masse lombaire droite le jour même. Ses principaux antécédents sont un accident vasculaire cérébral ischémique avec hémiparésie droite séquellaire, une hypertension artérielle, un hémithorax gauche post-traumatique. Il n'y a pas d'antécédent chirurgical. Les paramètres retrouvent une pression artérielle à 200/91 mmHg, le pouls est à 88/min, la saturation à 96 % en air ambiant, la température à 36,6 °C. L'examen clinique (Fig. 1A) retrouve une volumineuse masse lombaire droite

de 15 cm de diamètre, non battante, non douloureuse, non inflammatoire. Il existe des bruits hydroaériques à l'auscultation, la masse est partiellement réductible. Il n'y a pas de nausées ou de vomissements ni de douleur abdominale. Dans ce contexte, un scanner abdominopelvien injecté retrouve une hernie digestive non étranglée pariétale postérieure droite, sans signe de souffrance du contenu du tube digestif (Fig. 1B). L'indication chirurgicale n'est pas retenue, une surveillance simple durant 24 heures est effectuée, et le retour au domicile se fait sous couvert d'un traitement laxatif, d'une ceinture de maintien abdominal ainsi que des consignes de surveillance.

Il existe deux zones de faiblesse de la paroi abdominale postérieure [1] : le triangle de Jean-Louis Petit délimité en supéromédial par le muscle grand dorsal, en supérolatéral

R. Girerd (✉) · R. Le Bihan
Service des urgences, centre hospitalier Ouest Réunion,
F-97460 Saint-Paul, La Réunion, France
e-mail : remigirerd@gmail.com

par le muscle oblique externe et en inférieur par la crête de l'os iliaque ; le quadrilatère de Grynfeltt délimité en supérieur par le muscle dentelé ainsi que la 12^e côte, en latéral par le muscle oblique externe en médial par les muscles érecteurs du rachis et en inférieur par la crête iliaque. Les hernies de ces deux zones surviennent la plupart du temps chez des personnes grabataires ayant déjà été opérées de la paroi postérieure. Le traitement est similaire à celui des hernies digestives classiques : l'indication opératoire doit être immédiate en cas d'étranglement. En cas de hernie volumineuse, progressive ou douloureuse, il faut envisager une réparation à froid avec une prothèse pariétale ; s'il est décidé une simple

surveillance comme dans le cas présent, la mise en place d'une ceinture de contention permet d'améliorer les symptômes et le confort pour la pratique des activités quotidiennes [2].

Références

1. Armstrong TO, Hamel A, Grignon B, et al (2008) Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat* 30:533–7
2. Cesar D, Valadão M, Murrahe RJ (2012) Grynfeltt hernia. Case report and literature review. *Hernia* 16:107–11