

**A PROPOS D'UN CAS DE TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UNE
VOLUMINEUSE
HERNIE DE SPIEGEL CHEZ L'ENFANT PAR UNE TECHNIQUE
EMPRUNTEE
A LAZARRO DA SILVA : PLAIDOYER EN MILIEU AFRICAIN.
à propos de 1 cas**

INTRODUCTION :

La hernie de Spiegel ou hernie ventrale latérale ou encore hernie antéro-latérale est une déhiscence inhabituelle apparaissant sur la ligne ou fascia semi- lunaire de Spiegel qui représente, au bord externe du muscle Grand Droit, la jonction des aponévroses et muscles larges. C'est une entité clinique rare, représentant 0,1 à 1% des hernies (1). Chez l'enfant, la première description de l'affection revient en 1935 à Scorpinaro cité par Keita (2) et depuis lors, moins de 40 cas ont été recensés dans la littérature (2). Aussi, nous a-t-il paru opportun de rapporter ce nouveau cas colligé dans le service de Chirurgie pédiatrique de l'HGOPY et de proposer pour sa cure radicale en milieu africain, une technique chirurgicale sans utilisation de matériel synthétique, inspirée de celle de l'auteur brésilien Lazarro Da Silva.

HISTOIRE DE CAS :

Il s'agit de l'enfant B.M., de sexe féminin, âgé de 2 ans 10 mois, sans antécédent particulier, admis le 15/11/2005 dans l'unité de Chirurgie pédiatrique de l'HGOPY pour une volumineuse hernie antéro-latérale droite.

Le début de la maladie remonte immédiatement après la naissance, marqué par une petite tuméfaction antéro-latérale droite, indolore, expansive à l'effort, à la toux et aux pleurs. La tuméfaction augmentait progressivement de volume avec une gêne respiratoire modérée, ce qui décida les parents à consulter au service de Chirurgie pédiatrique de l'HGOPY.

L'examen physique à l'admission montrait un enfant en bon état général : la température était normale à 37°2C, la fréquence respiratoire à 30 cycles par minute, et la fréquence cardiaque était à 115 battements par minute. A l'inspection de l'abdomen, on notait une tuméfaction volumineuse antéro-latérale droite, sus et sous ombilicale, impulsive lors des pleurs et à l'effort (Figures N°1 et 2).



Figure N° 1 Hernie de Spiegel– Vue de face



Figure N°2: Hernie de Spiegel– Vue de profil

A la palpation, la masse était de consistance molle, réductible et non douloureuse, de 17cm x 13cm, située en dehors du muscle Grand Droit droit. Le reste de l'examen était sans particularité.

Le diagnostic positif de hernie latéro-ventrale ou hernie de Spiegel était alors posé. Le bilan biologique relevait une anémie hypochrome microcytaire à 9 g/dl, une leucocytose et une fonction rénale normale. L'échographie abdominale était compatible avec une éventration antéro-latérale droite. La tomodensitométrie abdominale n'avait pas été faite.

L'intervention réalisée le 16/11/2005 consistait en une cure radicale de la hernie latéro-ventrale selon une technique empruntée à Lazzaro Da Silva avec une fermeture pariétale complétée par un drainage aspiratif sous cutané type Redon.

Les suites opératoires étaient simples avec ablation du drain de Redon à J7. Les fils de suture cutanée étaient enlevés à J10.

La sortie était autorisée à J10 soit le 25/11/2005 chez une patiente en bonne condition physique et morale.

Revue à notre consultation externe à 1 mois, 3 mois et 6 mois, la patiente présentait une paroi abdominale solide, une cicatrice opératoire esthétiquement satisfaisante, sans récurrence locale cliniquement décelable.

TECHNIQUE CHIRURGICALE :

Sur la patiente debout, les limites de la hernie étaient repérées avant l'intervention.

L'intervention était menée sur une patiente en décubitus dorsal, sous anesthésie générale et intubation orotrachéale.

Une incision cutanée en quartier d'orange mesurant 19cm x 6cm était réalisée sur la saillie de la hernie. Le lambeau cutané d'allure losangique était décollé par dissection progressive du tissu cellulaire sous-cutané au bistouri froid (Figure N°3). A travers le feuillet péritonéal immédiatement sous-cutané, on devinait aisément les anses grêles en mouvement péristaltique. On pratiquait alors un décollement des lambeaux cutanés pariétaux droits et gauche jusqu'à découvrir le plan de l'aponévrose de l'oblique externe à droite et la gaine antérieure du muscle Grand Droit gauche. Le sac herniaire se situait en dehors du bord externe du muscle Grand Droit droit et refoulait latéralement les muscles larges apparemment hypoplasiques. La dissection du sac était minutieuse, poursuivie jusqu'à son collet.



Figure N°3: Décollement du lambeau cutané losangique

On ouvrait longitudinalement le sac herniaire dans le sens de l'incision cutanée ce qui générait deux grands lambeaux péritonéaux fibreux. L'exploration abdominale ne décèlait aucune adhérence viscéro-pariétale et montrait un défaut d'accolement du caecum, un appendice latéro-caecal interne pris dans un feutrage avec un méso quasi-inexistant. Le reste de l'exploration intrapéritonéale était normale.

On procédait alors à une réintégration du contenu du sac herniaire et à une incision longitudinale partant de la région péri-ombilicale jusqu'au pubis, effectuée sur le fascia transversalis à la face postérieure du muscle Grand Droit droit hypoplasique. Une appendicectomie de principe selon Halsted et Leonel (9) était réalisée. On pratiqua d'abord une plicature du lambeau péritonéal droit (Figure N°4) sur la berge interne du fascia transversalis en dessous du plan des muscles intercostaux en haut et du bord interne du muscle Grand Droit gauche par un surjet en paletot au prolène 2/0 serti.



Figure N°4: plicature du lambeau péritonéal droit

Puis une deuxième plicature était réalisée par un surjet à l'aide du même fil prenant l'extrémité libre du lambeau péritonéal droit qui est appliqué à la berge externe du fascia transversalis incisé, réalisant un coussinet de renfort de la suture précédente.

On effectue enfin après étalement du lambeau péritonéal gauche, une troisième plicature en avant du plan précédent (Figure N°5) selon une raphie du lambeau péritonéal gauche s'appuyant sur l'aponévrose costale en haut et l'aponévrose des muscles larges latéralement par un surjet au prolène 2/0 serti. Une vérification soigneuse de l'hémostase est réalisée.

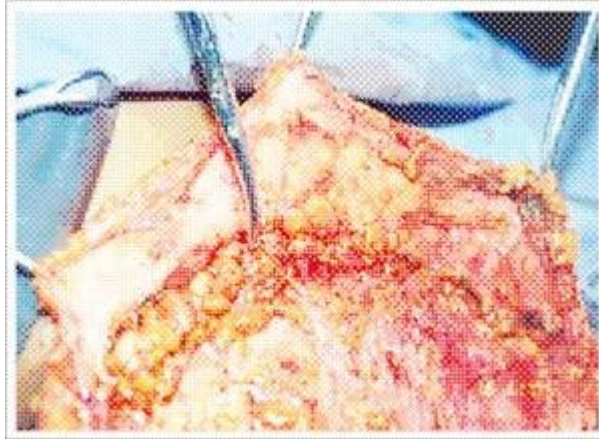


Figure N°5 : Troisième plicature

On termine par une fermeture pariétale en deux plans, sur drains de Redon aspiratifs dans l'espace sous-cutané. Un pansement gras compressif est laissé en place.

DISCUSSION :

Au plan épidémiologique, la réputation de rareté de la hernie de Spiegel est connue. Jusqu'en 2002, seuls 31 cas pédiatriques étaient rapportés dans la littérature (2). En l'absence de statistiques fiables, la fréquence de l'affection est sans doute sous estimée dans notre contexte. L'analyse de la répartition des patients selon l'âge retrouve une prédominance de la tranche d'âge de 0 à 5 ans dans la littérature. Par contre, bien que cela puisse être le fait du hasard, notre étude ne corrobore pas les constatations de Keita (2) au Mali selon lesquelles la prédominance masculine est retrouvée dans la hernie de Spiegel.

Au plan diagnostique, lorsque l'orifice est large et palpable tel le cas que nous rapportons, le diagnostic de hernie de Spiegel est évident. A contrario, ce diagnostic est difficile dans les hernies de petite taille, à orifice réduit, qui sont souvent masquées par la graisse sous-cutanée et l'aponévrose de l'oblique externe. Par définition, la hernie de Spiegel ou mieux la hernie de la ligne semi-lunaire de Spiegel fait saillie le long du bord latéral du muscle Grand Droit au-dessus du point d'entrée des vaisseaux épigastriques inférieurs et habituellement sous l'ombilic. Le diagnostic dans le cas rapporté a été évoqué devant les caractères de la tumeur pariétale : réductibilité, expansibilité à la toux, localisation en dehors des muscles Grands Droits. L'échographie abdominale a apporté la confirmation diagnostique avec précision sur le contenu herniaire. Devant certaines formes mineures voire infra-cliniques qui sont en fait des pièges diagnostiques, des investigations plus poussées telles la tomographie assistée à l'ordinateur et la laparoscopie peuvent être utiles au diagnostic (2).

Au plan thérapeutique, la chirurgie résume le traitement de la hernie de Spiegel. Le procédé décrit en 1971 par l'auteur brésilien Lazarro Da Silva (3,4) trouve dans les volumineuses hernies de Spiegel un champ d'application puisque sans apport de matériel synthétique dont l'approvisionnement est difficile en milieu africain. En outre, il offre la possibilité de traiter une lésion intra-abdominale, même septique, au cours de la même intervention, ce qui serait contre-indiqué si l'on envisageait l'emploi de matériel synthétique dans la paroi. Deux principes l'inspirent : d'une part, faire un étalement des muscles Grands Droits, mais en utilisant d'un côté le feuillet antérieur, et de l'autre côté le feuillet postérieur de la gaine de ces muscles ; et d'autre part, de conserver les deux moitiés du sac herniaire de l'événtration pour les employer à la réalisation de la triple plicature tissulaire s'exerçant sur l'un des deux feuillets de la gaine en antérieur d'un côté, le postérieur de l'autre côté dessinant ainsi sa doublure péritonéale. La méthode utilisée dans le cas rapporté emprunte à Lazarro Da Silva (3,4), la non utilisation de matériel synthétique et surtout la réalisation d'une triple plicature péritonéale avec des lignes de sutures décalées, ce qui renforce la paroi abdominale. Cette méthode lui est différente par la suture en paletot du feuillet péritonéal droit sur la berge interne du fascia transversalis, et surtout par l'absence d'étalement des muscles Grands Droits. Ainsi, les principes de la technique de Lazarro Da Silva (3,4) à savoir qu'elle ne peut s'appliquer qu'à une événtration médiane sus-ombilicale, ou ne dépassant vers le bas de l'ombilic que jusqu'au-dessus de l'arcade de Douglas (puisque'il faut que les muscles Grands Droits aient une gaine postérieure) sont battus en brèche par l'utilisation de cette méthode chirurgicale dans la volumineuse hernie de Spiegel sus et sous

ombilicale de cette étude. A contrario de notre cas, l'utilisation d'une prothèse pro-péritonéale de taille adaptée au collet du sac, placée soit entre péritoine et muscles larges, soit entre deux plans musculaires, est prônée par certains auteurs (1,6). En milieu africain, ces plaques synthétiques inertes sont inaccessibles et ont l'inconvénient d'un coût onéreux. En outre, elles perdent avec le temps leur solidité et engendrent une réaction locale à corps étranger responsable d'une majoration du risque septique local. Dans cet arsenal thérapeutique, les plasties musculaires de comblement constituent une alternative. Cependant, elles sont susceptibles d'entraîner un déficit fonctionnel au site donneur ou être préjudiciable à une mauvaise apparence cosmétique et sont parfois susceptibles d'occasionner la survenue d'hernies lombaires de faiblesse en post-opératoire tardive (7,8). Les lambeaux fasciaux de couverture tels le fascia lata pourraient quant à eux être ici de mise, mais ils ne sont pas assez élastiques au point d'empêcher les mouvements de la paroi abdominale en post-opératoire pendant la respiration et provoquer un réel inconfort du patient. Enfin, signalons la possibilité dans la volumineuse hernie de Spiegel, d'utiliser un lambeau chevauché combinant une abdominoplastie à une réparation pariétale herniaire. Ce lambeau chevauché est parfois préféré en lieu et place d'un matériel synthétique, particulièrement chez le sujet obèse avec relaxation cutanée et il peut promouvoir une réparation autogène solide et durable de la paroi abdominale.

CONCLUSION :

La hernie de Spiegel est une entité clinique rare chez l'enfant. Dans sa forme volumineuse, la technique de triple plicature péritonéale associée à une suture en paletot inspirée du procédé de Lazarro Da Silva apparaît comme une alternative thérapeutique simple, rapide, reproductible, à la portée de tout chirurgien pédiatre même peu expérimenté, exerçant en situation précaire.

REFERENCES :

1. Alexandre J-H, Bouillot J-L. 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.
2. Keita M, Boitrin TI, Dambouya N, Touré BM, Agbo Panzo D, Ma Gassouba D.F et coll. 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.
3. Lazarro Da Silva A. Surgical correction of longitudinal median or paramedian incisional hernia. Surg. Gynecol Obstet, 1979; 148: 579-583.
4. Lazarro Da Silva A. Plastica com o saco hernidria na correção das hernias incisionatis. O Hospital (Rio de Janeiro), 1971; 79 : 123.
5. Andze G, Eyenga N, Pagbe J.J, Biouelle M. A propos d'un cas de traitement chirurgical d'une éventration médiane post opératoire chez l'enfant par la technique de Lazarro Da Silva : plaidoyer en milieu africain. Med. Afr. Noire 2004, 51 (8/9) : 459-63.
6. Vayre P, Hureau J. Les hernies ventrales latérales de la ligne de Spiegel chez l'adulte. Presse Med 1974; 3: 1231-1232.
7. Cohen Be. Shoulder defect correction with the island latissimus dorsi flap. Plast Reconstr Surg 1984; 74: 650.
8. Moon HK and Dowden RV. Lumbar hernia after latissimus dorsi flap. Plast Reconstr Surg 1985, 75