



Hernie de Spiegel, une faiblesse rare de la paroi abdominale

Spiegel's hernia, a rare weakness of the abdominal wall

Taoufik Elabbassi^{1,2}, Abdeladime Zouhair¹,
Asmae Elkarouachi¹, Bachar Amine^{1,2},
Mohamed Rachid Lefriyekh^{1,2}

Correspondance

Elabbassi taoufik

Courriel : elabbassi.taoufik@gmail.com

Département de Chirurgie Générale, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Summary

Spiegel's hernia, also known as lateral ventral hernia, is a rare entity of abdominal hernias due to a congenital or acquired defect in the abdominal wall anterior to the midline. The incidence is approximately 2% of abdominal wall hernias. It most commonly affects the elderly, and is more common in women. This hernia is secondary to certain factors such as collagen disorders, obesity, pregnancy, chronic cough. Diagnosis is often difficult due to its particular location, usually asymptomatic, but the risk of strangulation is significant. Abdominal ultrasound is useful, but a computerized tomography (CT) scan is the best imaging test to confirm the diagnosis with a high sensitivity, allowing visualization of the muscle dehiscence and the content of the hernia sac. We report a case of an unstrangulated Spiegel's hernia in an elderly man, treated surgically with a composite mesh under laparoscopy.

Keywords: Spiegel's hernia, lateral ventral hernia, abdominal wall, composite mesh
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i4.12>

Received: May 5th, 2022

Accepted: August 1st, 2022

1 Département de Chirurgie Générale, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

2 Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Résumé

La hernie de Spiegel, également appelée hernie ventrale latérale est une entité rare des hernies abdominales due à un défaut congénital ou acquis dans la paroi abdominale antérieure à la ligne semi-lunaire. L'incidence est d'environ 2 % des hernies de la paroi abdominale. Elle touche le plus souvent les personnes âgées, et est plus fréquente chez les femmes. Cette hernie est secondaire à certains facteurs tels que les troubles du collagène, l'obésité, la grossesse, la toux chronique. Le diagnostic s'avère souvent difficile vu son siège particulier, généralement asymptomatique mais avec un risque d'étranglement important. L'échographie abdominale est utile, mais la tomodensitométrie (TDM) est le meilleur examen d'imagerie pour confirmer le diagnostic avec une grande sensibilité, elle permet de visualiser la déhiscence musculaire et le contenu du sac herniaire. Nous rapportons le cas d'une hernie de Spiegel non étranglée chez un homme âgé, traitée chirurgicalement par une plaque composite sous cœlioscopie.

Mots-clés : Hernie de Spiegel, hernie ventrale latérale, paroi abdominale, plaque composite
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i4.12>

Reçu le 5 mai 2022

Accepté le 1 août 2022

Introduction

La hernie de Spiegel correspond à la protrusion d'un sac péritonéal à travers un orifice acquis ou congénital de la ligne semi-lunaire de Spiegel (1). Elle constitue une forme rare, qui représente entre 0,1 % et 2 % des hernies de la paroi abdominale (2). Le diagnostic est clinique mais parfois rendu difficile par la petite taille de la masse ainsi que la particularité de son siège d'où le risque d'étranglement qui est important et peut atteindre 30 % (2-3). Nous décrivons une observation clinique chez un homme de 60 ans ayant présenté une hernie de Spiegel du côté gauche non étranglée, traitée par abord laparoscopie.

Observation clinique

Un patient âgé de 60 ans consulté pour une tuméfaction du flanc gauche. Ses antécédents retiennent essentiellement une imprégnation alcoolo-tabagique et une cholécystectomie par laparotomie sous costale droite, il y a 5 ans. L'histoire de l'affection remonte à un an par une tuméfaction du flanc gauche augmentant progressivement de volume, réductible, non douloureuse sans vomissements ni trouble du transit ni hémorragie digestive extériorisée. Le patient a conservé son état général et apyretique. L'examen général trouvait un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, avec à l'examen abdominal, la présence à la ligne semi-lunaire de Spiegel du côté gauche, une hernie de 10 cm de grand axe impulsive et réductible (figure 1). Les autres orifices herniaires étaient libres.



Figure 1. Hernie de Spiegel gauche (étoile jaune)

Une TDM abdominale montrait la présence d'une hernie siégeant au bord latéral du muscle droit à gauche et se développant à travers un orifice des aponévroses des muscles oblique interne et transverse de l'abdomen à contenu épiploïque à travers un défaut pariétal de 8 cm, en faveur d'une hernie de Spiegel gauche (figure 2).



Figure 2. Tomodensitométrie abdominale en coupe transversale, illustrant une hernie de Spiegel siégeant

au bord latéral du muscle droit à gauche à travers un orifice des aponévroses des muscles obliques (étoile jaune)

Le patient fut opéré par la voie laparoscopique. La laparoscopie exploratrice découvre un sac herniaire à contenu épiploïque siégeant au bord latéral du muscle droit à gauche, entre les aponévroses des muscles oblique interne gauche et le muscle transverse gauche. La résection du sac herniaire a été faite après réintroduction de son contenu épiploïque et mis en place une plaque composite biface. Les suites post opératoires étaient sans incident avec un recul de 2 ans.

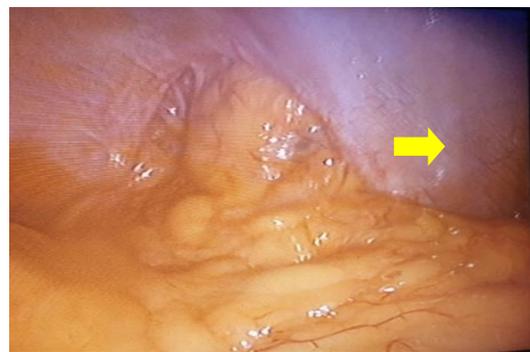


Figure 3. Vue peropératoire de l'orifice herniaire à contenu épiploïque (flèche jaune)

Discussion

La hernie de Spiegel se produit suite à un défaut du fascia qui se situe entre le rectus abdominis en médial et la *linea semilunaris* en latéral, elle touche le plus souvent les personnes âgées, et plus fréquente chez les femmes, en se manifestant deux fois plus au côté droit (4).

Elle peut être secondaire à certains facteurs tels que les troubles du collagène, le vieillissement, l'obésité, la perte de poids rapide, les grossesses multiples, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les traumatismes et les antécédents chirurgicaux (5).

Le diagnostic est difficile car l'aponévrose du muscle oblique externe est intacte, de sorte que l'examen physique est souvent peu remarquable. Cette hernie se présente par une douleur localisée au lieu de déficit, qui peut ou non être palpable lors de l'examen physique (6), ou bien par une masse palpable le long de l'aponévrose spiegelienne, cette masse peut se disséquer à travers les couches de la paroi abdominale et se

localiser loin de la ligne semi-lunaire (6). L'orifice herniaire a généralement un petit diamètre de 1 à 2 cm, ce qui augmente le risque d'incarcération et de strangulation, ce risque d'étranglement pourrait atteindre 20% au moment du diagnostic (7).

L'échographie peut fournir des informations sur l'orifice herniaire, le sac herniaire et son contenu, or le scanner abdominal reste plus performant en confirmant le diagnostic et objectivant la relation du contenu avec le fascia spiegelien (8-9).

La présence d'une hernie spiegelienne est une indication pour sa réparation chirurgicale. Une approche ouverte ou laparoscopique peut être adoptée pour la réparation des hernies de Spiegel, avec un recours croissant aux réparations laparoscopiques dans les cas non compliqués (10). Une fois réparée, la récurrence est peu fréquente (11).

Conclusion

La hernie de Spiegel est une entité rare de la faiblesse de la paroi abdominale, dont le diagnostic clinique est difficile en absence de masse abdominale évidente. L'imagerie peut faciliter le diagnostic de ces hernies, qui doivent être traitées chirurgicalement car le risque d'étranglement est évident.

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les auteurs.

Contribution des auteurs

Les auteurs ont contribué de manière équitable à la rédaction de cet article.

Références

1. Mittal T, Kumar V, Khullar R, Sharma A, Soni V, Bajjal M, *et al.* Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. *J Minimal Access Surg.* 2008; **4** (4):95-98.

2. Igwe PO, Ibrahim NA. Strangulated sliding spigelian hernia: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018; **53**: 475-478.
3. Di Furia M, Romano L, Salvatorelli A, Brandolin D, Lazzarin G, Schietroma M, *et al.* Giant Spigelian Hernia presenting as small bowel obstruction: Case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2019; **63**: 118- 121.
4. Khadka P, Sharma Dhakal SK. Case report of ovary and fallopian tube as content of a Spigelian hernia – a rare entity. *Int J Surg Case Rep.* 2017; **31**: 206- 208.
5. Sobrado LF, Ernani L, Waisberg DR, Carneiro-D'Albuquerque LA, Andraus W. First case report of spigelian hernia containing the appendix after liver transplantation: Another cause for chronic abdominal pain. *Int J Surg Case Rep.* 2020; **72**: 533- 536.
6. Rout SS, Sahoo PK. Spigelian hernia - an unusual abdominal hernia: a case report and review of literature. *Int J Sci Rep.* 2015; **1** (5): 239.
7. Mederos R, Lamas JR, Alvarado J, Matos M, Padron I, Ramos A. Laparoscopic diagnosis and repair of Spigelian hernia: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2017; **31**: 184- 187.
8. Shih Y-C, Sun H-P. Spigelian hernia showing itself as a left lower abdominal mass. *Formos. J Surg.* 2014; **47** (2): 78- 81.
9. Xu L, Dulku G, Ho R. A rare presentation of Spigelian hernia involving the appendix. *Eur J Radiol Open.* 2017; **4**: 141- 143.
10. Huber N, Paschke S, Henne-Bruns D, Brockschmidt C. Laparoscopic intraperitoneal mesh fixation with fibrin sealant of a Spigelian hernia. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW.* 2013; **2**: Doc08.
11. Nozoe T, Funahashi S, Kitamura M, Ishikawa H, Suehiro T, Iso Y, *et al.* Ileus with incarceration of Spigelian hernia. *Hepatogastroenterology* 1999; **46** (26): 1010-1012.

Voici comment citer cet article : Elabbasi T, Zouhair A, Elkarouachi A, Amine B, Lefriyekh MR. Hernie de Spiegel, une faiblesse rare de la paroi abdominale. *Ann Afr Med* 2022; **15** (4): e4843-e4845. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i4.12>