

LETTRE A L'EDITEUR

**LES DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES
DES HERNIES LOMBAIRES
A PROPOS DE 7 CAS**

MGBAKOR A. C.*, BAMI G.*, BARTHE L.*, BLEDE A.**, DIAKITE L.*, GNABA S.**,
KATA J. K.*, ROUELLE PH.*, SEIDOU A.*

RESUME

Les hernies lombaires sont rares expliquant le petit nombre de cas publiés et les difficultés diagnostiques. Sept cas, dont 6 hernies étranglées, vus récemment en deux ans sont présentés.

Mots clés : Hernie lombaire, étranglement, Jean-Louis PETIT, GRYNFELTT.

SUMMARY

**The diagnostic difficulties of lumbar hernias.
About 7 cases.**

Lumbar hernias are rare explaining the few cases published and the diagnostic difficulties. Seven cases, six strangulated, seen recently in two years are reported.

Key words : Lumbar hernia, strangulated, Jean-Louis PETIT, GRYNFELTT.

I - INTRODUCTION

Les hernies lombaires sont des hernies qui se font dans la région lombaire essentiellement par les deux points faibles que présente cette région :

- le triangle de Jean-Louis PETIT, plus superficiel et plus bas, est limité :
 - en bas, par la crête iliaque,
 - en avant (ou latéralement) par le bord postérieur du grand oblique,
 - en arrière (ou en dedans) par le bord antérieur du grand dorsal.
- Le triangle (ou le quadrilatère) de GRYNFELTT est limité :
 - en haut, par la 12^e côte et le petit dentelé postérieur et inférieur (ce dernier pouvant très souvent échan-crer l'angle supéro-inteme de l'espace et lui donner la

forme d'un quadrilatère),

- en dehors, par le bord postérieur du petit oblique,
- en dedans, par le bord externe des muscles spinaux.

Il s'agit d'une variété très rare de hernies. Cette rareté explique, en partie du moins, les difficultés diagnostiques qu'elles posent.

Malgré cette rareté (par une curieuse loi de hasard) nous avons rencontré 7 cas de hernie lombaire en deux ans. C'est l'expérience de ces 7 cas que nous livrons ici.

II - MATERIELS ET METHODE

Notre étude porte sur 7 cas de hernies lombaires vus en deux ans, soit de février 1991 à janvier 1993, dans le service de chirurgie du CHR de Bouaké.

III - RESULTATS

Sexe

Tous nos malades étaient du sexe masculin.

Age

Les âges vont de 54 à 84 ans avec une moyenne de 67 ans.

Topographie

Nous avons eu 2 cas de hernies de GRYNFELTT (toutes les 2 à gauche) et 5 hernies de Jean-Louis PETIT (3 à droite et 2 à gauche).

Stade évolutif

Excepté un cas (hernie de GRYNFELTT), tous nos malades sont arrivés au stade d'étranglement, mais seuls deux (sur 6 hernies étranglées) ont eu une résection intestinale..

La durée du séjour

Elle a été par conséquent généralement brève, de 2 à 7 jours (moyenne 4,2 jours) pour les cas sans résection

Publication présentée le 18 mars 1993 aux Deuxièmes Journées Médicales du Centre, Bouake, Côte d'Ivoire.

* Service de Chirurgie - CHU Bouake - Côte d'Ivoire.

** Service de Radiologie - CHU Bouake - Côte d'Ivoire.

intestinale. Elle fut respectivement de 13 jours et de 49 jours pour les deux malades avec résection intestinale. Les difficultés diagnostiques des hernies lombaires sont les mieux appréciées par le cas de deux malades :

1er cas

Monsieur K. K., 54 ans, garçon de salle au CHR de Bouaké est admis aux Urgences Chirurgicales le 21 février 1992 pour un syndrome occlusif datant de 48 heures associé à une tuméfaction lombaire gauche.

L'examen clinique a retrouvé une tuméfaction molle, douloureuse, irréductible et gargouillante, chez un malade un peu déshydraté,

La radiographie sans préparation de l'abdomen a montré des niveaux hydro-aériques du grêle,

Le diagnostic d'une hernie étranglée du triangle de GRYNFELTT gauche a été posé.

Cependant les collègues de la radiologie qui avaient fait les clichés radiologiques sans préparation de l'abdomen ont voulu revoir le malade mais en échographie. Le premier résultat était que la tuméfaction lombaire ne contenait pas d'anse intestinale (du fait de l'absence de mouvements browniens qui sont caractéristiques des anses digestives à l'échographie).

Pendant que les matériels pour l'intervention étaient rassemblés, il a été décidé de refaire l'échographie. Cette fois-ci les mouvements browniens ont été retrouvés permettant de mettre tout le monde d'accord.

L'intervention faite en décubitus latéral droit confirme le diagnostic d'une hernie étranglée du triangle de GRYNFELTT gauche. Le contenu (colon) sans sac a été refoulé suivi de la cure herniaire.

Le malade sort au 6ème jour.

2ème cas

Monsieur K.K.M., 75 ans, est pris brusquement le 20 janvier 1993 de douleurs lombaires gauches avec apparition d'une tuméfaction jusque là inexistante, mais sans troubles du transit. Il ne se présente à l'hôpital que le 22 janvier 1993.

Antécédents très chargés :

- * 1976: opéré d'une hernie inguinale (ou inguino-scrotale) droite,
- * 1984: opéré d'une hernie de GRYNFELTT droite,
- * 1993 : découverte d'une hernie inguino-scrotale gauche.

L'examen clinique montre une tuméfaction douloureuse et

mollasse de la région lombaire gauche, mais sans syndrome occlusif.

Le diagnostic retenu est celui d'une hernie étranglée du triangle de GRYNFELTT gauche intéressant l'épiploon et l'indication opératoire est posée.

Malheureusement le malade n'a pu réunir les matériels pour l'intervention que 5 ou 6 jours après. Entre temps le transit n'étant pas perturbé et la tuméfaction lombaire ayant évolué vers un phlegmon pyostercoral, la masse a été prise par erreur pour un abcès.

Le 30 janvier 1993 (soit au J 10) "l'abcès" a été incisé, l'incision a été blanche. Mais 2 jours après, est apparue l'inéductible fistule pyostercorale assez liquide, très fétide mais avec un état général assez bien conservé.

Le 8 février 1993, le malade est opéré en décubitus latéral droit. L'étranglement herniaire a été abordé par une incision du flanc gauche : il s'agissait d'un pincement latéral traité par une résection colique segmentaire avec anastomose immédiate. La zone du phlegmon pyostercoral a été simplement drainée.

Les suites opératoires ont été marquées par une suppuration pariétale abondante aussi bien au niveau de la laparotomie (mais sans lâchage de l'anastomose) qu'au niveau lombaire.

Le malade est sorti au 49ème jour.

IV - DISCUSSION

A - Fréquence

La hernie lombaire est une hernie rare : cent quatre-vingt-six cas ont été colligés dans la littérature par WATSON (cité par ORCUTT) en 1948. ORCUTT lui-même a estimé le nombre total de cas publiés en 1971 à 220 (5).

Cependant elle partage le même risque d'étranglement que les autres hernies de la paroi abdominale. Dans notre service, elle constitue 2,8 % des hernies vues en 2 ans.

Cette rareté a pour conséquence :

- * le fait qu'il y a très peu de publications qui lui sont consacrées et la plupart de celles-ci rapportent quelques cas chacune,
- * les difficultés diagnostiques, surtout dans les cas de hernie non étranglée, (diagnostic différentiel avec : un lipome, un abcès froid bombant dans la région lombaire,...),
- * le fait que les livres de pathologie et de technique chirurgicales ne lui consacrent que quelques lignes ou parfois n'en parlent même pas.

Dans la littérature, la hernie de GRYNFELTT serait plus fréquente que la Jean-Louis PETIT (5) et le côté droit plus que le côté gauche (8). Dans notre série, ces prédominances n'ont pas été retrouvées : deux cas de GRYNFELTT contre 5 cas de Jean-Louis PETIT, et 3 cas à droite contre 4 à gauche.

B - Etiologie

En dehors des dispositions anatomiques vues plus haut les étiologies principales seraient (5, 8) :

- * Congénitale et associée dans ce cas à d'autres malformations surtout rachidiennes ou pariétales. Cette étiologie correspondrait à 20 % de cas (5),
- * Acquise de faiblesse, la cause la plus fréquente. SALMON et collaborateurs pensent que les dix grossesses de leur malade ont probablement joué un rôle important dans les hyperpressions abdominales. La hernie acquise de faiblesse constituerait 54 % des cas (5),
- * Traumatique, post-opératoire : chirurgie de l'os iliaque (prélèvement du greffon osseux iliaque), lombotomie pour chirurgie rénale, contusion et plaie de la région, abcès : 26 % de cas (5).

Le rôle des grossesses multiples ne semble pas jouer parmi nos populations, vu la disproportion entre les grossesses multiples et la rareté de la hernie lombaire chez la femme. Par contre l'âge avancé de nos malades semble plaider en faveur d'une hernie acquise par faiblesse pariétale.

C - Stade évolutif

La plupart de nos malades (6 sur 7) ont été vus au stade de complication (étranglement), ce qui se comprend dans un milieu africain où les malades consultent au stade tardif. Cependant seuls deux malades ont eu une résection intestinale. Dans les autres cas, l'anse intestinale étranglée mais

restée saine a été simplement réintégrée.

Dans notre série, nous déplorons un décès : il s'agit d'un malade de 58 ans qui présentait une pneumopathie de la base gauche et une hernie de Jean-Louis PETIT droite. La hernie était diagnostiquée comme étranglée et opérée en urgence. En per-opératoire, la hernie s'est révélée être en fait non étranglée. Le malade est décédé le lendemain de l'intervention.

D - Traitement

Au niveau de la position opératoire, le décubitus controlatéral est la plus adaptée permettant aussi bien d'aborder par voie iliaque la cavité abdominale (pour pratiquer une colostomie, ou en cas de gangrène intestinale pour aborder les anses par voie séparée) que de mener tous les gestes de bout en bout par la seule voie lombaire.

La hernie lombaire peut avoir un sac. Quant au contenu, il est variable : l'épiploon, le colon, le rein, le grêle, l'estomac, l'ovaire, la rate et l'appendice.

La cure se fait par la simple suture des bords musculo-aponévrotiques quand l'orifice est petit (comme dans nos 7 cas). En cas d'orifice large, on peut recourir aux plasties (avec les muscles et aponévroses de la région) et aux prothèses.

CONCLUSION

Pour terminer nous insistons sur trois nécessités qui ont déjà été soulignées par d'autres (1, 5) avant nous :

- penser à une hernie lombaire devant toute tuméfaction des fosses lombaires,
- palper les fosses lombaires (au même titre que les autres orifices herniaires) devant toute occlusion ne faisant pas sa preuve,
- opérer toutes les hernies lombaires non étranglées compte tenu du risque d'étranglement.

BIBLIOGRAPHIE

1 - CARRELET J., NAIM-HINDI H., DELMARRE B.
Hernie lombaire étranglée : une cause rare d'occlusion du grêle.
Presse Méd., 1987, 16, (12) : 586-587.

2 - DETRIE PH.
Nouveau traité de technique chirurgicale.
Tome IX : Parois abdominales, Sutures digestives.
Laparotomies., MASSON 1967 : 176-177.

3 - HARDING-RAINS A.J., DAVID RITCHIE H.
Hernia. In BAILEY and LOVES'S Short Practice of Surgery. Lewis and Co, London, 1977: 1130-1131.

4 - HUREAU J.
Parois de l'abdomen (hernies, éventrations et éviscérations). IN: PATEL J.C. Pathologie chirurgicale. MASSON 1971 :469-497.

5 - ORCUTT T.W.
Hernia of the superior lumbar triangle.
Ann. Surg., 1971,173 (2)'294-297.

6 - QUENU J., LOYGUE J., PERROTIN J., DUBOST C., MOREAUX J.
Hernies lombaires. IN: Opérations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif. MASSON, 1967: 198-200.

7 - ROUVIERE H.
Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.
In : Anatomie humaine. Tome II. Tronc MASSON 1970 : 69-92.

8 - SALMON R., MILLAT B., CAYRAL F., LARRIEU H.
Hernie lombaire. J. Chir., 1979, 116, (10) : 593-594.

9 - THOREK M.
Deux cas de hernie lombaire. Mém. Acad. Chir., 1952, 78 : 255-257.