

HERNIE DE SPIEGEL : PRISE EN CHARGE DANS DEUX CONTEXTES DE RESSOURCES CONTRASTÉS (BENIN, GUADELOPE)

SPIGELIAN HERNIA: MANAGED IN TWO CONTRASTING RESOURCE SETTINGS (BENIN, GUADELOUPE)

RA Gayito Adagba^{1,2}, AG Tetinou^{2,3}, JA Boboe^{2,3}, BA Yevide⁴, RN Hounsou³, EM Gbessi⁴, I Lawani¹

- 1- Centre Hospitalier International de Calavi
- 2- Hôpital de Zone Saint Jean de Dieu de Tanguiéta
- 3- Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
- 4- Centre Hospitalier Universitaire et Départemental Borgou-Alibori

Correspondant : GAYITO ADAGBA René Ayaovi email : rene.gayito@chichopital.bj, ORCID : 0000-0003-4361-3993

DOI : [10.67573/NCNK2494](https://doi.org/10.67573/NCNK2494)

RÉSUMÉ

Introduction : La hernie de Spiegel est une hernie rare de la paroi abdominale antérolatérale, représentant 0,1 à 2 % de l'ensemble des hernies abdominales. Son diagnostic demeure fréquemment retardé en raison d'une présentation clinique atypique et d'une méconnaissance par les praticiens de première ligne, exposant au risque d'étranglement dans près de 20 à 32 % des cas.

Observations : Nous rapportons trois cas de hernies de Spiegel prises en charge dans deux contextes géographiques et économiques distincts. Il s'agissait d'un cas vu dans un hôpital en zone périphérique à ressources limitées dans le nord du Bénin à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta et deux cas vus en outre-mer à l'hôpital de Basse-Terre en Guadeloupe. Les patients étaient de sexe féminin. Les modalités diagnostiques étaient variées selon le contexte. Les voies d'abord utilisées étaient la voie cœlioscopique et celle de la chirurgie ouverte. Les suites opératoires ont été simples dans les trois cas.

Conclusion : Toute tuméfaction de la paroi abdominale antérolatérale doit faire évoquer la hernie de Spiegel jusqu'à preuve

du contraire. L'échographie s'avère un outil fiable dans les contextes à ressources limitées, tandis que la tomodensitométrie reste la référence. La prise en charge chirurgicale doit être adaptée au contexte local tout en respectant les principes de réparation prothétique sans tension.

Mots clés : Hernie de Spiegel ; Bénin ; Guadeloupe

ABSTRACT

Introduction: Spigelian hernia is a rare hernia of the anterolateral abdominal wall, accounting for 0.1 to 2% of all abdominal hernias. Diagnosis is frequently delayed due to atypical clinical presentation and limited awareness among primary care practitioners, leading to a strangulation risk of 20 to 32%.

Observations: We report three cases of Spigelian hernias managed in two different geographical and economic contexts. One case was seen in a hospital in a peripheral area with limited resources in northern Benin at Saint Jean de Dieu Hospital in Tanguiéta, and two cases were seen overseas at Basse-Terre Hospital in Guadeloupe. The patients were female. The diagnostic methods varied depending on the

context. The surgical approaches used were laparoscopic and open surgery. The post-operative outcomes were straightforward in all three cases.

Conclusion: Spigelian hernia should be systematically considered in any anterolateral abdominal wall swelling. Ultrasound is a reliable tool in resource-limited settings, while CT scan remains the reference in high-resource contexts. Surgical management must be adapted to the local context while adhering to tension-free prosthetic repair principles.

Key words: Spigelian hernia; Benin, Guadeloupe

INTRODUCTION

La hernie de Spiegel, également appelée hernie de la ligne semi-lunaire, est une entité anatomique rare, définie par la protrusion d'un sac péritonéal à travers un défaut acquis ou congénital de la ligne semi-lunaire de Spiegel. Décrite pour la première fois par le chirurgien flamand Adriaan van de Spiegel au XVII^e siècle, la ligne semi-lunaire correspond à la jonction des fibres charnues du muscle transverse et des muscles obliques, s'étendant du neuvième cartilage costal au pubis, en regard du bord latéral du muscle grand droit de l'abdomen [1,2].

La hernie de Spiegel représente 0,1 à 2 % de l'ensemble des hernies abdominales, avec un pic d'incidence entre la quatrième et la septième décennie de vie [3]. Elle se développe préférentiellement dans l'espace interpariétal, progressant entre les différentes couches musculo-aponévrotiques sans franchir systématiquement l'aponévrose du muscle oblique externe [4].

La conséquence clinique majeure du retard diagnostic de la hernie de Spiegel est le risque d'étranglement estimé de 20 à 32 % selon les séries, justifiant une indication chirurgicale dès la confirmation diagnostique [5,6]. L'imagerie et en particulier la tomodensitométrie joue un

rôle central pour poser le diagnostic et pour planifier la prise en charge [7,8].

À travers la présente série de trois cas cliniques vus dans deux contextes aux ressources médicales opposées, nous illustrons les particularités diagnostiques et thérapeutiques de la hernie de Spiegel et mettons en perspective les enjeux spécifiques à chaque contexte. L'objectif est de sensibiliser les cliniciens à cette entité rare, d'analyser la valeur comparée des modalités d'imagerie disponibles et de discuter les choix techniques chirurgicaux selon le plateau technique accessible.

OBSERVATIONS

Cas 1 (Bénin)

Il s'agissait d'une patiente de 45 ans, multipare (G5P5), sans antécédents médico-chirurgicaux, vivant dans la zone sanitaire de Tanguiéta à plus de 150 km de l'hôpital de zone. Elle avait consulté à l'Hôpital Saint Jean de Dieu de ladite zone, pour une volumineuse masse latéroabdominale droite d'évolution lentement et progressive depuis environ cinq ans sans douleur ni gêne fonctionnelle significative.

À l'examen clinique, l'état général était bon, l'indice de masse corporelle était à 23 kg/m². L'examen de l'abdomen objectivait une tuméfaction ovalaire siégeant au niveau du flanc droit et s'étendant à la fosse iliaque homolatérale (Fig.1), mesurant 20 cm de grand axe. La masse était de consistance rénitente, impulsive, expansive à la toux, et irréductible par manœuvres externes. Les orifices herniaires inguinaux et fémoraux bilatéraux étaient libres.

Une échographie abdominale réalisée mettait en évidence un défaut de la musculature pariétale antérolatérale sous-ombilicale au niveau de la ligne semi-lunaire de Spiegel droite, d'un diamètre de 8 cm. Le sac herniaire contenait des anses grêles dont la vascularisation était préservée au Doppler couleur, sans épanchement

intrapéritonéal ni signe de souffrance intestinale.

Après l'obtention du consentement éclairé de la patiente en vue d'une prise en charge chirurgicale, le bilan préopératoire réalisé était normal.

La patiente a été opérée sous anesthésie générale et intubation orotrachéale par voie laparoscopique. Le pneumopéritoine était créé par la technique d'open cœlioscopie. Trois trocars étaient mis en place. Il s'agissait d'un trocart ombilical de 10 mm et deux trocars de 5 mm latéraux. L'exploration de la cavité péritonéale confirmait l'existence d'un large défaut de la paroi antérolatérale droite avec engagement de l'épiploon et des anses grêles dans un volumineux sac interpariétal (Fig.2). Après réduction du contenu du sac herniaire et vérification de la viabilité intestinale, une prothèse en polypropylène de 15 × 15 cm était positionnée dans l'espace préopératoire, avec un débordement au-delà des berges du défaut puis recouverte du péritoine pariétal.

Les suites opératoires étaient simples, marqué par la reprise du transit à J1 postopératoire, la sortie de l'hôpital autorisée à J3 postopératoire, l'absence d'infection du site opératoire, de douleur résiduelle et de récurrence à 1 mois et à 24 mois postopératoires.

Cas 2 (Guadeloupe)

Il s'agissait d'une patiente de 80 ans, mère d'un enfant, admise aux urgences de l'Hôpital de Basse-Terre pour une douleur brutale de la fosse iliaque gauche évoluant depuis 72 heures, associée à des vomissements et à un arrêt des matières et des gaz. Ses antécédents médico-chirurgicaux incluaient une hypertension artérielle, une sarcoïdose compliquée d'une perte de poids de 10 kg, une chirurgie tubaire, une appendicectomie et un accouchement par voie basse.

À l'examen clinique, la patiente était apyrétique et en bon état général. L'examen

abdominal retrouvait une masse douloureuse de 4 cm de grand axe en fosse iliaque gauche, non réductible, non impulsive et non expansive à la toux, sans défense ni contracture généralisée.

Le bilan biologique (numération formule sanguine, ionogramme sanguin et fonction rénale) était normal. La tomomodensitométrie abdominopelvienne a mis en évidence un défaut pariétal gauche siégeant au niveau de la ligne semi-lunaire de 20 mm de collet (fig.3). Ce défaut contenait de la graisse, des anses grêles avec une stase stercorale, sans signe d'occlusion, sans pneumopéritoine ni signe de souffrance digestive.

Prise en charge thérapeutique : Une réduction manuelle sous mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) a été réalisée avec succès aux urgences. En l'absence de complication immédiate, la patiente a été autorisée à regagner son domicile dans l'attente d'un traitement chirurgical programmé. La patiente a été réadmise en chirurgie ambulatoire pour une cure de hernie par abord direct (voie ouverte) (Fig 4) sans pose de prothèse.

Les suites opératoires immédiates ont été simples avec un retour à domicile suivant le mode ambulatoire. Au 12^e jour postopératoire, l'examen a révélé un hématome pariétal qui a évolué favorablement de manière spontanée. À un mois, la cicatrisation était acquise, sans signe d'infection du site opératoire ni de récurrence.

Cas 3 (Guadeloupe)

Il s'agissait d'une patiente de 61 ans adressée en consultation de chirurgie viscérale pour une tuméfaction de la fosse iliaque gauche, initialement étiquetée comme une hernie inguinale gauche engouée. Ses antécédents comprenaient une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une appendicectomie, une cure de hernie ombilicale et une césarienne.

Examens clinique et para cliniques :

À l'examen clinique, la patiente était apyrétique et en bon état général. L'examen abdominal mettait en évidence une tuméfaction de 9 cm de grand axe, située à mi-distance entre l'ombilic et l'épine iliaque antérosupérieure gauche. Cette masse était réductible, impulsive et expansive à la toux. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Le bilan biologique était normal. L'échographie abdominale initiale suspectait une hernie inguinale gauche avec un sac herniaire de 9 cm et un collet de 2 cm. Une tomodensitométrie abdominopelvienne réalisée secondairement a permis de rectifier le diagnostic en objectivant une hernie de Spiegel gauche, au collet de 25 mm, contenant exclusivement du tissu épiploïque.

La patiente a été opérée par voie laparoscopique intrapéritonéale. La prise en charge a consisté en une réduction de la hernie suivie d'une réparation pariétale selon la technique *intraperitoneale Onley Mesh* (IPOM) à l'aide d'une prothèse composite de type Ventralight, fixée par des attaches résorbables.

L'intervention a été réalisée en mode ambulatoire avec des suites opératoires simples. Au contrôle à un mois, la cicatrisation était acquise sans complication infectieuse ni signe de récurrence herniaire.

DISCUSSION

Notre série de 3 cas confirme plusieurs données épidémiologiques et cliniques établies dans la littérature. La hernie de Spiegel survient préférentiellement chez la femme d'âge mûr ou avancé, avec un sex-ratio estimé à environ 0,5 dans la plupart des séries [3,9]. L'âge des trois patientes se retrouve dans la fourchette de pic d'incidence habituel (40-70 ans) [3]. De même, les facteurs de risque identifiés concordent avec les données de la littérature : multiparité, antécédents de chirurgie pariétale abdominale, âge avancé,

hypertension artérielle et diabète [3,5,9]. Notons qu'une perte de poids rapide et importante (perte de 10 kg dans un contexte de sarcoïdose), observée chez l'une des patientes, constitue un facteur favorisant moins classique mais documenté, lié à l'atrophie des tissus de soutien [6].

Bien que la littérature rapporte une prédominance du côté droit dans 60 à 70% des cas [3,9]; une localisation gauche du défaut pariétal a été observée chez deux des trois patientes.

La hernie de Spiegel demeure l'une des hernies pariétales les plus difficiles à diagnostiquer cliniquement. En raison de son développement interpariétal souvent masqué par l'aponévrose du muscle oblique externe, elle induit une errance diagnostique préopératoire dans près de 50% des cas [6]. Cette problématique se vérifie dans notre série ; où le diagnostic initial a été confondu une fois sur trois avec celui d'une hernie inguinale engouée. Cette confusion sémiologique est fréquente avec les affections de la région inguino-fémorale, en particulier pour les variantes anatomiques basses ou gauches. Ainsi, la présentation trompeuse de la hernie de Spiegel reste une réalité clinique universelle, indépendamment du niveau des plateaux techniques disponibles.

Sur le plan paraclinique, l'approche diagnostique a varié selon le contexte sanitaire. Pour le cas pris en charge au Bénin, le diagnostic a reposé exclusivement sur la clinique et l'échographie abdominale. Dans ce contexte, l'échographie constituait la seule modalité d'imagerie financièrement accessible, la tomodensitométrie n'étant pas couverte par le panier de soins du programme d'Assurance Réhabilitation pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) au Bénin pour cette pathologie. Bien que l'échographie ne constitue pas l'examen de première intention dans cette pathologie, elle s'est révélée performante dans ce cas pour identifier le défaut pariétal,

caractériser le contenu herniaire, évaluer la viabilité intestinale par Doppler couleur. Pour les hernies de Spiegel volumineuses, sa sensibilité est comparable à celle de la TDM [7,8], ce qui en fait un outil de choix dans les milieux à ressources limitées.

Néanmoins, il est établi que la tomodensitométrie offre une résolution supérieure pour les hernies de petite taille et permet une planification chirurgicale plus précise, notamment pour guider le choix de la voie d'abord [6,8]. Elle est l'examen de première intention dans les pays développés.

Le traitement de la hernie de Spiegel est chirurgical. La réduction spontanée est exceptionnelle et le risque d'étranglement justifie une intervention chirurgicale dès le diagnostic établi [5,6]. Les trois voies d'abord validées dans la littérature sont la voie ouverte conventionnelle, la laparoscopie transabdominale pré-péritonéale (TAPP) ou intrapéritonéale (IPOM), et la réparation totalement extrapéritonéale (TEP) [10,11].

Au Bénin, le choix de la laparoscopie comme voie d'abord mérite une attention particulière. Depuis quelques années la pratique de la laparoscopie est devenue effective à l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta ce qui a favorisé le choix d'une telle voie d'abord dans un milieu à ressources limitées. L'utilisation d'une approche transabdominale avec positionnement de la prothèse en pré-péritonéal d'une prothèse en polypropylène sans tension (bénéficiant d'un recouvrement de 5 cm au-delà des berges du défaut), respecte les standards internationaux [10,11]. A l'inverse, la chirurgie ouverte conserve une place prépondérante, notamment en contexte d'urgence chirurgicale ou de fragilité extrême du patient. Cette option a été privilégiée pour l'un de nos cas gérés en urgence. Le choix d'une réparation simple par suture directe, sans matériel prothétique, y était justifié par l'âge avancé de la patiente, donc patiente fragile, le

risque infectieux potentiel lié à l'étranglement initial et la taille modeste du collet (20 mm) conformément aux recommandations actuelles limitant l'usage de corps étrangers dans ces conditions [2,12].

Lorsque la voie laparoscopique est choisie, le positionnement de la prothèse dépend directement de la nature du biomatériau disponible. Les prothèses composites (bifaces), indispensables à l'approche intrapéritonéale (*Intrapéritoneal Onley Mesh-IPOM*), sont couramment utilisées dans les pays à ressources élevées, mais restent d'un coût prohibitif dans les pays en développement. Dans ces derniers, l'espace pré-péritonéal est privilégié car il permet l'utilisation sécurisée de plaques de polypropylène standard, beaucoup plus accessible. De plus, les partisans de l'approche laparoscopique trans-péritonéal soulignent ses avantages majeurs, à savoir une exploration complète de la cavité abdominale et une fixation prothétique optimale [10,11].

Ces cas cliniques mettent en exergue les disparités globales d'accès aux soins chirurgicaux. Le cas pris en charge au Bénin, marqué par un délai d'évolution de cinq ans avant la chirurgie, illustre les barrières géographiques, économiques et structurelles spécifiques aux populations rurales subsahariennes. La réduction de ces retards diagnostiques requiert une approche systémique : renforcement des capacités diagnostiques en échographie dans les structures de premier recours, formation continue des praticiens à la sémiologie des hernies atypiques, expansion de la couverture sanitaire universelle et optimisation des circuits de référence.

Malgré ces défis, l'accès à la coelioscopie au Nord du Bénin reflète une dynamique positive de modernisation des plateaux techniques dans certains hôpitaux de district d'Afrique subsaharienne, garantissant ainsi la sécurité et la qualité des soins chirurgicaux [4].

Conformément aux exigences méthodologiques, la rédaction de ces observations a suivi les recommandations CARE (*CAse REports*), garantissant une description rigoureuse de la présentation clinique, du bilan paraclinique, de la prise en charge thérapeutique, du suivi et des enseignements tirés de chaque observation [13].

CONCLUSION

Ces trois cas cliniques présentés mettent en lumière l'hétérogénéité de la présentation clinique et des modalités de prise en charge de la hernie de Spiegel. C'est une entité rare qui demeure un défi diagnostique.

L'imagerie moderne au premier plan la TDM reste l'examen de référence dans les pays développés, l'échographie abdominale couplée au Doppler couleur s'impose comme une alternative dans les pays à ressources limitées. La prise en charge chirurgicale également doit être adaptée au contexte local en tenant compte de la voie d'abord, du type de matériel prothétique et du mode d'admission du patient.

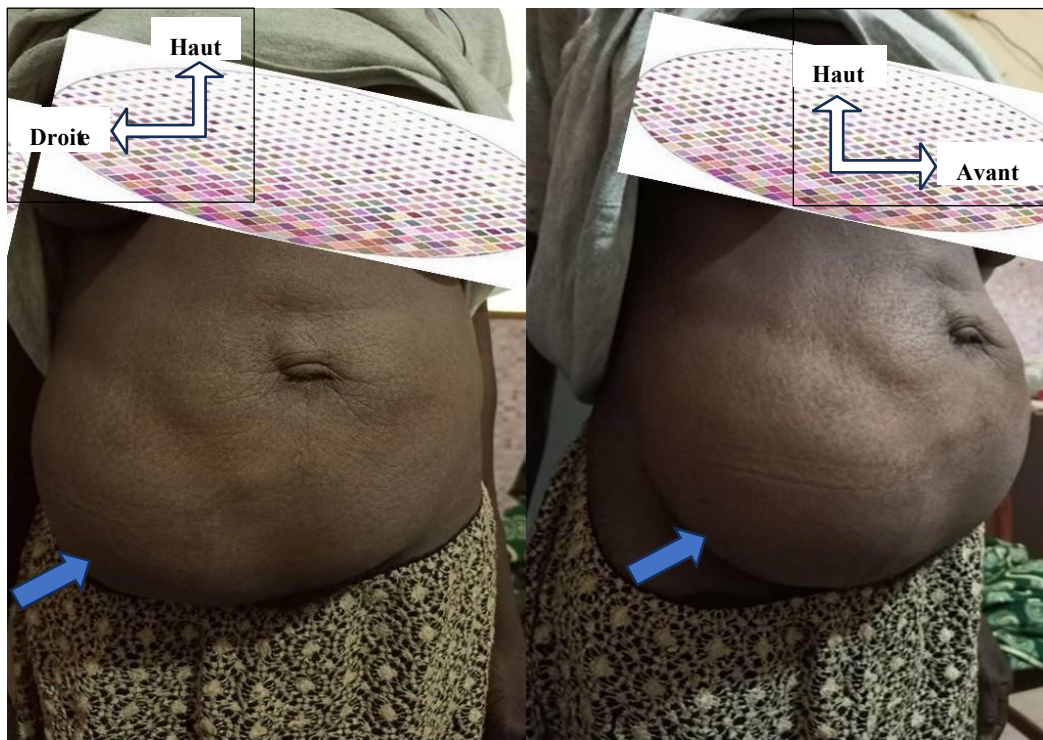
CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Moreno-Egea A, Carrillo-Alcaraz A, Soria-Aledo V. Spigelian hernia management: laparoscopic approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2002;12(4):237-41.
2. Noomene R, Bouhafa A, Ben Maamer A, Haoues N, Oueslati A, Cherif A. Hernies de Spiegel. *Presse Med* 2014;43(3):247-51. doi: 10.1016/j.lpm.2012.10.023
3. De Marneffe M, Médart L, Collignon L. La hernie de Spiegel : à propos de trois cas. *Rev Med Liege* 2016;71(9):371-5.
4. Akpo G, Broalet Yve MY, N'guessan Anicet K, Ekra KD. Diagnostic tomodensitométrie d'une hernie de Spiegel étranglée : à propos d'une observation. *Pan Afr Med J* 2016;25:222. doi: 10.11604/pamj.2016.25.222.10298
5. Light D, Chattopadhyay D, Bawa S. Radiological and clinical examination in the diagnosis of Spigelian hernias. *Ann R Coll Surg Engl* 2013;95(2):98-100. doi: 10.1308/003588413X13511609954001
6. Hanzalova I, Schäfer M, Demartines N, Clerc D. Spigelian hernia: current approaches to surgical treatment and review. *Hernia* 2022;26(6):1427-33. doi: 10.1007/s10029-022-02652-2
7. Alaoui Lamrani Y, Souiki T, Alami B, et al. Hernie de Spiegel : quand l'imagerie sauve la clinique. *J Afr Hepato Gastroenterol*. 2014;8:77-81. doi: 10.1007/s12157-014-0523-2
8. Griffin AS, Schaefer NR, Jeyarajan E, Cross T. Concurrent Spigelian hernia and falciform ligament hernia in a 67-year-old female. *Int J Surg Case Rep*. 2015;13:27-9. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.06.008
9. Lorenz R, Vollmer U, Conze J, Loch F, Paul-Promchan K, Mantke R, et al. Is there a link between Spigelian and inguinal hernias? A case series. *Hernia*. 2024;28(5):1737-46. doi: 10.1007/s10029-024-03066-4
10. Palanivelu C, Vijaykumar M, Jani KV, Rajan PS, Maheshkumaar GS, Rajapandian S. Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair of Spigelian hernia. *JSLs* 2006;10(2):193-8.
11. Baucom C, Nguyen QD, Hidalgo M, Slakey D. Minimally invasive Spigelian hernia repair. *JSLs* 2009;13(2):263-8. doi: 10.4293/108680809X12674612914076
12. Tran H, Tran K, Zajkowska M, Lam V, Hawthorne WJ. Single-incision laparoscopic repair of Spigelian hernia. *JSLs* 2015;19(1):e2015.001644. doi: 10.4293/JSLs.2015.001644
13. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, et al. CARE 2013 explanations and elaborations: reporting guidance for case reports. *J Clin Epidemiol* 2017;89:218-235. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026

ANNEXE



A

B

Figure 1 : Vue de face (A) et de profil (B) de la masse latéro -abdominale droite (flèches bleue).

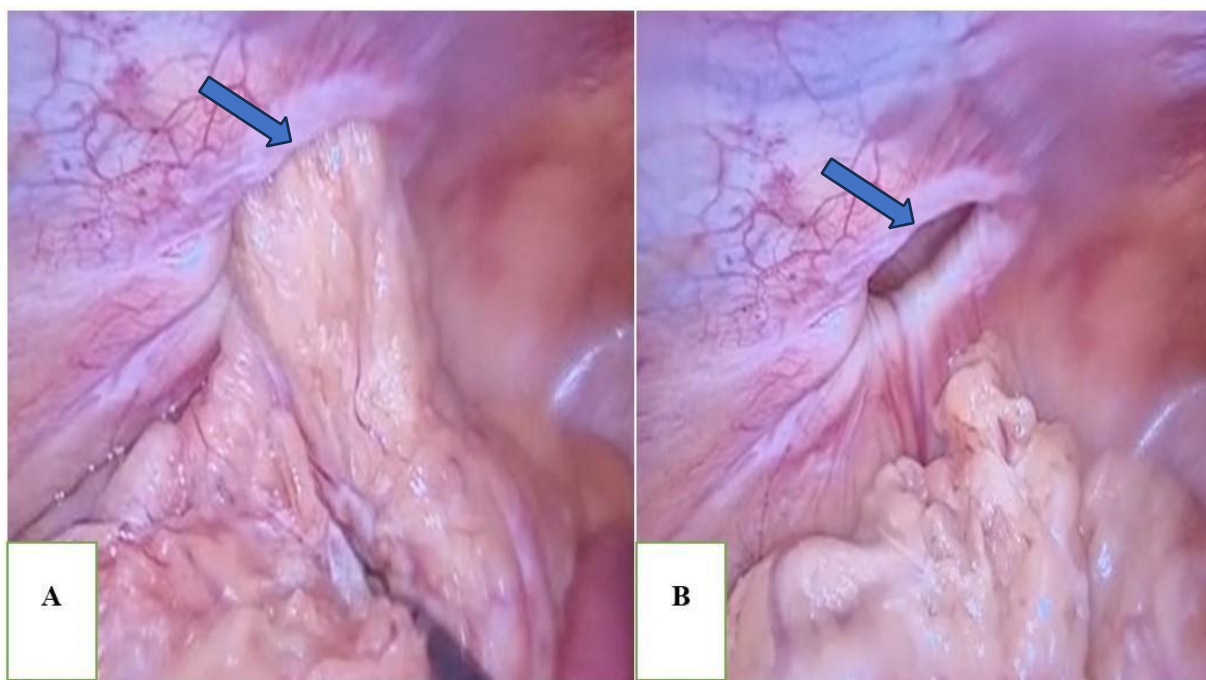


Figure 2 : Images mettant en évidence la hernie épiploïque (A) et le défaut pariétal intrapéritonéal (B).

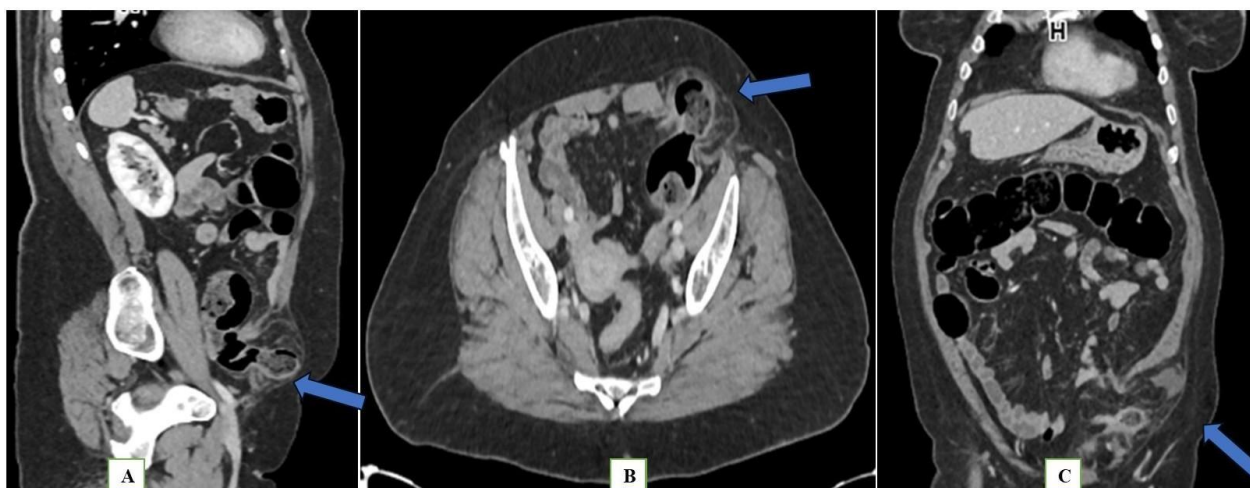


Figure 3 : Images scanographiques de l'abdomen montrant la hernie de Spiegel

(Flèches bleues). A = coupe sagittale ; B = coupe axiale ; C = coupe frontale.

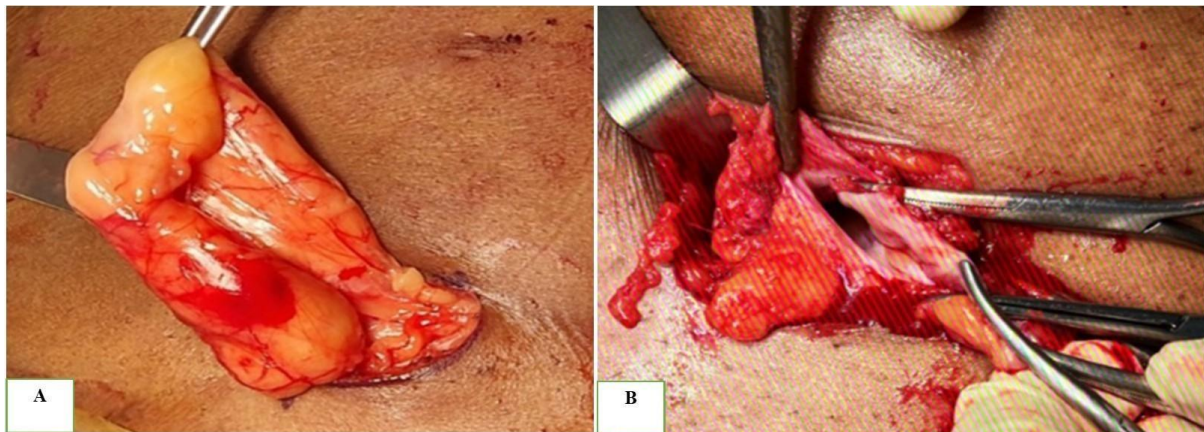


Figure 4 : A =Vue peropératoire de la hernie de Spiegel avec lipome associé. B =Vue peropératoire de l'ouverture du sac herniaire.