



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/annpla



CAS CLINIQUE

Hernie pariétale post-traumatique. Technique de réparation pariétale, à propos d'un cas

Post-traumatic parietal hernia. Wall reconstruction technique, about one case

A. André^{a,b,*}, J.-L. Grolleau^a, I. Garrido^a, J. Guitard^b, J.-P. Chavoïn^a

^a Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHU Toulouse–Rangueil, 1, avenue du Professeur-Jean-Poulhès, 31400 Toulouse, France

^b Laboratoire d'anatomie appliquée, faculté de médecine de Toulouse–Rangueil, 118, route de Narbonne, 31400 Toulouse, France

Reçu le 14 septembre 2007 ; accepté le 10 octobre 2007

MOTS CLÉS

Hernie ;
Plastie aponévrotique ;
Prothèse ;
Gaine abdominale

Résumé

Introduction. — Les hernies lombaires acquises sont, dans un peu moins de la moitié des cas, secondaires à un traumatisme : contusion pariétale directe, fracture ou prélèvement de crête iliaque. La reconstruction pariétale abdominale est motivée par le risque d'étranglement herniaire, mais aussi par l'objectif de reconstruire une sangle abdominale continente, permettant l'amendement de l'inconfort, du potentiel d'aggravation et la reprise des activités physiques.

Matériel et méthodes. — Nous rapportons un cas clinique de réparation pariétale d'une hernie post-traumatique lombaire chez un homme âgé de 59 ans.

Le scanner objectivait une désinsertion de l'origine lombaire des muscles transverse, obliques interne et externe de l'abdomen.

La pression exercée sur la paroi musculaire, supérieure à la résistance élastique de l'aponévrose d'insertion, a entraîné sa rupture. La souplesse et l'élasticité de la peau expliquent le maintien de son intégrité.

Nous avons utilisé la technique de Welti-Eudel, afin de suturer un lambeau aponévrotique provenant des muscles paravertébraux et le bord dorsal des muscles transverse et oblique interne. Une prothèse pariétale s'intercale entre ce plan profond et l'oblique externe.

Résultats. — À 15 mois, les résultats morphologique et fonctionnel sont excellents. Le scanner de contrôle témoigne d'une restitution anatomique de la sangle abdominale.

Conclusion. — Le scanner de la paroi abdominale est l'examen complémentaire clé. L'indication chirurgicale chez un adulte actif est formelle. Un renforcement prothétique pariétal, interposé

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aymeric.64@hotmail.fr (A. André).

entre deux plans musculaires, ancré dans l'os évite la distension secondaire. Il n'a pas de valeur mécanique immédiate et la gaine de contention élastique abdominale postopératoire assure ce rôle le temps de la cicatrisation.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Hernia;
Aponeurosis flap;
Prosthetic;
Abdominal girdle

Summary

Introduction. — Little less than half of the occurrences acquired lumbar hernias are caused by traumas: direct parietal contusions, iliac crest biopsies or fractures. Regarding their frequency, they are rare but generally underdiagnosed. Abdominal wall reconstruction is motivated by the risk of hernia strangulation, but also aims to rebuild continent abdominal muscles, allowing the loss of discomfort or worsening risk as well as to resume physical activities.

Material and methods. — We report a case of parietal reconstruction of a traumatism-induced lumbar hernia in a 59-year-old male patient.

Scanner showed lumbar disinsertion of abdominal *transversus* and both *obliquus externus* and *internus* muscles.

The pressure exerted on abdominal muscles, greater than the elastic resistance of the insertion aponeurosis, caused their tearing. The flexibility and elasticity of the skin allowed the sustainment of its integrity. We applied Welti–Eudel's technique to suture the dorsal edge of the transverse and oblique intern muscles with a flap coming from lumbo-dorsal fasciae of *sacrospinalis* muscles. A parietal prosthesis is inserted between this deep level and the *obliquus externus*, which is restored.

Results. — Fifteenth month's results, both morphological and functional, are excellent. Check scanner shows anatomical restitution of abdominal muscles.

Conclusion. — The scanner of abdominal muscles is the leading complementary exam. It is repeated with a gap, so that the hematoma does not disturb its interpretation.

Surgical indication is definite for active adults. Parietal prosthetic strengthening, bone inserted between two muscular levels, avoid late loosening. It has no immediate mechanical value, which is secured by abdominal girdle during healing.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les hernies lombaires correspondent aux hernies survenant dans la région délimitée cranialement par la douzième côte, caudalement par la crête iliaque, latéralement par le muscle oblique externe et médialement par les muscles érecteurs du rachis. La configuration anatomique de cette région détermine deux points de faiblesse : le triangle de Petit et le quadrilatère de Grynfeltt, à l'origine de seulement 20 % des hernies lombaires. La pathologie herniaire lombaire est acquise dans 80 % des cas et secondaire, dans la moitié des cas, à un traumatisme pariétal : contusion directe, prélèvement et fracture de crête iliaque, accident de voiture et traumatisme lié à la ceinture de sécurité.

En termes de fréquence, elles sont extrêmement rares. Une revue de la littérature ne retrouve que quelque 400 cas rapportés.

Nous rapportons ici un cas clinique de réparation pariétale d'une hernie post-traumatique lombaire. La pression exercée sur la paroi musculaire est supérieure à la résistance élastique de l'aponévrose d'insertion, qui cède. Il n'existe pas de solution de continuité musculaire. L'énergie cinétique de l'agent vulnérant est transmise, par l'intermédiaire de la surface de contact avec la peau, à la paroi. La souplesse et l'élasticité de la peau expliquent le maintien de son intégrité.

Patient et méthode

Notre patient, âgé de 59 ans, a été victime d'un accident de la voie publique. Au volant de son véhicule, il a été percuté par les pâles d'un chariot élévateur. L'impact pariétal était localisé au niveau du flanc gauche, avec à l'examen clinique : une douleur et un volumineux hématome.

L'examen clinique, répété à distance du traumatisme, retrouvait une voussure cutanée entre crête iliaque et rebord costal gauche (Fig. 1). La hernie était réductible, impulsive à l'effort. Les signes fonctionnels étaient une gêne et une pesanteur lombaire majorée aux efforts de poussée abdominale, invalidante au quotidien.

Le scanner abdominal objectivait une désinsertion de l'origine lombaire des muscles transverse, oblique interne et externe, luxés ventralement. La solution de continuité mesurait 57 mm dans son plus grand diamètre. (Fig. 2) La hernie était, comme souvent, à contenu extra-péritonéal [1].

La cure chirurgicale a été réalisée 18 mois après le traumatisme.

Le patient est installé en décubitus latéral, sans billot qui ouvrirait de manière excessive l'orifice herniaire. L'incision est transversale, entre crête iliaque et douzième côte [2]. L'orifice herniaire est délimité par ventralement : le bord dorsal des muscles larges, dorsalement : la masse musculaire paravertébrale, cranialement et caudalement,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3185198>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3185198>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)