

HERNIE DE GRYNFELTT AU CHU GABRIEL TOURE A PROPOS D'UN CAS.

Superior lumbar hernia or hernia of GRYNFELTT, a case study.

Touunkara I^{*1}, Ongoiba O², Kanté A³, Diarra A⁴, Togo A⁵.

1. Chirurgie générale du Centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali ; 2. Chirurgie générale de l'Hôpital de seconde référence de Tombouctou, Mali ; 3. Chirurgie générale du Centre Hospitalo-Universitaire du Point G de Bamako, Mali ; 4. Chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire de Kati, Mali ; 5. Chirurgie générale Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE de Bamako, Mali

Auteur correspondant: Idrissa TOUNKARA Email: idrisstouunk@yahoo.fr ; Tel: 0022366682521

RESUME : La hernie lombaire supérieure ou hernie de GRYNFELTT est une pathologie rare. Elle représente moins de 1,5% de toutes les hernies de l'abdomen. Un homme de 84 ans a été reçu pour une tuméfaction lombaire supérieure droite. L'examen clinique a permis de mettre en évidence une tuméfaction lombaire supérieure droite de 5cm de diamètre, molle, gargouillante, réductible, impulsive à la toux et expansive à l'hyperpression intra-abdominale. Il n'y avait pas d'antécédents de traumatisme, de chirurgie, de tuberculose ou de dysurie. Le diagnostic d'une hernie lombaire supérieure non compliquée a été retenu. En peropératoire, le sac a été disséqué jusqu'à l'orifice herniaire, séparé des bords de l'orifice herniaire et refoulé. La réparation a été faite par suture en surjet aller-retour des berges de l'orifice herniaire avec du fil non résorbable. Le malade a été libéré à J1 post-opératoire. Les suites ont été simples. **Mots clés :** Hernie de GRYNFELTT, Sujet âgé, Bamako, Mali

SUMMARY: The superior lumbar hernia or hernia of GRYNFELTT is a rare pathology. It accounts for less than 1.5% of all hernias in the abdomen. An 84 year-old man with upper right lumbar swelling. The clinical examination revealed a right upper lumbar swelling of 5 cm in diameter, soft, gurgling, reducible, impulsive to cough and expansive to intra-abdominal hyperpressure. There was no history of trauma, surgery, tuberculosis or dysuria. The diagnosis of an uncomplicated upper lumbar hernia was retained. Intra-operatively, the sac was dissected up to the hernia opening, separated from the edges of the hernia orifice and discharged. The repair was performed by suturing the back of the hernia opening with a non absorbable thread. The patient was released on day 1 postoperatively. The suites were simple. **Keywords:** Hernia of GRYNFELTT, Elderly Subject, Bamako, Mali.

INTRODUCTION

La hernie lombaire est la saillie d'un organe ou d'une partie d'organe, hors de la cavité abdominale, à travers un orifice naturel ou accidentel de la région lombaire.

Deux points faibles déterminent cet orifice : le quadrilatère de GRYNFELTT et le triangle de JEAN LOUIS PETIT.

La hernie lombaire supérieure ou hernie de GRYNFELTT est une pathologie rare. Elle représente moins de 1,5% de toutes les hernies de l'abdomen [1]. Deux hernies lombaires sur trois concernent le sexe masculin. Parmi les hernies lombaires 20% sont congénitales et 80% acquises [2]. De Garangeot a rapporté le premier cas de hernie lombaire en 1731 au cours d'une autopsie [3]. En 1783 Petit a décrit un cas d'étranglement herniaire dans le triangle lombaire inférieur [4]. Grynfeltt a rapporté un cas de hernie au niveau du triangle supérieur lombaire et le distingua du triangle inférieur en 1850 [5]. Le diagnostic est difficile due à sa rareté. L'étranglement herniaire constitue la principale complication. Le traitement est chirurgical et consiste au refoulement du contenu herniaire non nécrosé, puis fermeture de l'aponévrose. Nous rapportons un cas traité dans le service.

CAS CLINIQUE

Un homme âgé de 84 ans est admis en consultation externe pour tuméfaction lombaire supérieure droite. Le début remonterait à 1 an marqué par l'apparition progressive d'une tuméfaction d'environ 1,5cm de diamètre, indolore. L'examen clinique a permis de mettre en évidence une tuméfaction lombaire supérieure droite de 5cm de diamètre, molle, gargouillante, réductible, impulsive à la toux et expansive à l'hyperpression intra-abdominale (Fig 1). Il n'y avait pas d'antécédents de traumatisme, de chirurgie, de tuberculose ou de dysurie. L'échographie de la région lombaire a permis d'objectiver une tuméfaction lombaire ne contenant pas d'anse intestinale du fait de l'absence de mouvements browniens qui sont caractéristiques des anses digestives à l'échographie. Le diagnostic d'une hernie lombaire supérieure non compliquée a été retenu. Le bilan préopératoire était normal. Il a été décidé de l'opérer après l'obtention de son consentement éclairé. Le patient a été installé en décubitus latéral gauche. L'anesthésie a été faite à la locale. L'incision est centrée sur la saillie de la hernie. Le sac a été accessible après écartement des muscles grand dorsal et l'oblique externe. Le sac a été disséqué jusqu'à l'orifice herniaire, séparé des bords de l'orifice herniaire et refoulé (Fig 2). La

réparation a été faite par suture en surjet aller-retour des berges de l'orifice herniaire avec du fil non résorbable. Le malade a été libéré à J1 post-opératoire. Les suites ont été simples.

DISCUSSION

Le diagnostic d'une hernie lombaire supérieure est difficile car souvent confondue à un lipome ou un abcès froid. Cette difficulté diagnostique est due à sa rareté. Les hernies lombaires sont relativement rares [6]. Celles-ci se produisent plus fréquemment chez les sujets de sexe masculin et sont deux fois plus fréquentes sur la gauche, que sur le côté droit [3]. Les patients sont généralement entre 50 et 70 ans [7]. Le nôtre a 84 ans. Le triangle lombaire supérieur est le point le plus faible de la paroi postérieure de l'abdomen [8]. La vieillesse et l'amaigrissement peuvent être des facteurs favorisants [9]. Les patients sont généralement asymptomatiques. Ils peuvent parfois se plaindre de mal au dos, de sensation de gonflement. Ces gonflements sont initialement de petite taille et augmente progressivement de taille [10]. Le diagnostic différentiel se fait avec le lipome, l'hématome, et l'abcès. Le sac herniaire peut contenir de la graisse rétro-péritonéale, de l'épiploon, du rein, du côlon, de l'intestin grêle, de l'omentum, des ovaires et de la rate. Il est difficile de faire un diagnostic chez les patients obèses. La tomodensitométrie lombaire est l'examen de choix pour le diagnostic de la hernie lombaire chez les sujets obèses[9]. L'urographie intraveineuse peut être demandée pour avoir une idée sur la position du rein [10]. Les techniques de réparation comprennent la fermeture anatomique simple, chevauchement de l'aponévrose. La réparation de maille en cas de hernie lombaire non compliquée[8]. À l'heure actuelle, des études fondées sur des données probantes suggèrent la réparation par prothèse extra-péritonéale [9].

CONCLUSION

La hernie de Grynfeltt est rare. La faiblesse de la paroi abdominale postérieure et l'hyperpression intra-abdominale serait le facteur favorisant de cette pathologie. Le diagnostic est clinique. Les complications sont rares dues à la largeur du collet. Le traitement est chirurgical.

Conflits d'intérêts : Nous, auteurs de cet article, déclarons qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts.

REFERENCES

- 1-Sharma P. Lumbar hernia. Med J Armed Force India 2009 ;65 :178-9.
- 2-Pachani A B, Reza A, Jadhav R V, Mathews S. A primary idiopathic superior lumbar triangle hernia with congenital right scoliosis: A rare clinical presentation and management.

International Journal of Applied and Basic Medical Research 2011, Vol 1, Issue 1

3-A. Moreno-Egea, A. C. Alcaraz and M. C. Cuervo, "Surgical Options in Lumbar Hernia: Laparoscopic versus Open Repair; A Long-Term Prospective Study," *Surgical Innovation* 2013; 20: 331-344

4- Sharma P. Lumbar hernia. Med J Armed Force India 2009 ;65 :178-9

5- Geis WP, Hodakowski GT. Lumbar hernia. In: Nyhus L, Condon R, editors. Hernia. 5th edition. Philadelphia: 2001. p. 425-7.

6- Mubashir AS, Aakib HC, Adil PS, Haroon RZ : Lumbar Hernia: An Unusual Presentation of Bear Maul. . *International Journal of Clinical Medicine* 2013; 4: 451-454

7-HenifordBH , Lannitti DA ,Gagner M : Laparo-scopeic Inferior and Superior Lumbar Hernia Repair,*Ar-chives of Surgery* 1997; 132: 1141-1144.

8-Yusuf Sevim, Huseyin Berkem, Erdinc Cetinkaya, Siyar Ersoz, Adnan Yilmaz, Cem Emir Guldogan. Grynfeltt Hernia with Spiegel Hernia: Report of a Rarely Encountered Case Running Head: Grynfeltt Hernia.ARC Journal of Surgery 2017; 3: 1-4

9-Patnaik S, Nayak TN, Patro S. Lumbar Hernia: A Case Report and Review of Literature. Int J Sci Study. 2015;3(8):188-90.

10-Ploneda-Valencia CF, Cordero-Estrada E, Castaneda-Gonzalez LG, Sainz-Escarrega VH, Varela-Munoz O, De la Cerda-Trujillo LF, et al. Grynfeltt-Lesshaft hernia a case report and review of the literature. Ann Med Surg (Lond). 2016; 7:10



Fig 1: Right upper lumbar hernia



Fig 2: The hernia bag