



**HERNIE LOMBAIRE DU TRIANGLE INFERIEUR : UNE FORME RARE DE Hernie PARIETALE A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU**

Setondji Gilles ATTOLOU<sup>1</sup> Bertrand Anicet MELI MOMENE<sup>1</sup>; Wilfried GANDJI<sup>1</sup>; Yacoubou IMOROU SOUAIBOU<sup>1</sup>; Freddy GNANGNON<sup>1</sup>; Kuassi Delphin MEHINTO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> :Service de Chirurgie Viscérale du Centre National Hospitalier et universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA  
Auteur correspondant : Attolou S. Gilles. R. E-mail : [attolougilles@yahoo.fr](mailto:attolougilles@yahoo.fr). Téléphone : 00229 95101111

**RESUME**

Les hernies lombaires sont rares. Elles se font soit à travers le triangle lombaire de Jean-Louis Petit qui est inférieur et superficiel, soit à travers le triangle lombaire de Grynfelt qui est supérieur et profond. Très peu de cas d'hernie lombaire primaire ont été publiés dans la littérature. Nous rapportons un cas clinique de hernie lombaire primaire de Jean-Louis Petit chez un homme de 65 ans. Il a consulté pour tuméfaction lombaire droite évoluant depuis deux ans environ. L'examen a montré une tuméfaction de la fosse lombaire droite au dessus de la crête iliaque, de consistance molle, réductible et impulsive à la toux. Elle a bénéficié d'une cure herniaire par raphie. Les suites opératoires ont été simples.

Les hernies lombaires sont classées en hernies congénitales (20%) et hernies acquises (80%). Ces dernières sont soit des hernies de faiblesse, soit des hernies post traumatiques ou post-chirurgicales. La douleur lombaire et une voussure lombaire souple, réductible et impulsive à la toux sont les signes évocateurs. Le scanner est toujours nécessaire et montre la taille de la brèche et le contenu du sac herniaire.

Très peu de chirurgiens auront l'occasion de rencontrer une hernie lombaire au cours de leur expérience. Le diagnostic est basé sur les signes cliniques évocateurs et confirmé par le scanner abdominal. La cure herniaire peut se faire par simple raphie ou avec prothèse en fonction de la taille de la brèche, de la cause, de la qualité des structures avoisinantes, et du matériel disponible.

**Mots clés : hernie lombaire, primaire, Jean-Louis Petit, cure herniaire**

**ABSTRACT**

Lumbar hernia of the inferior triangle: a rare form of parietal hernia about a case at the National Hospital and University Center Hubert KOUTOUKOU MAGA of Cotonou

Lumbar hernias are rare. They are made either through the lumbar triangle of Jean-Louis Petit which is inferior and superficial, or through the lumbar triangle of Grynfelt which is superior and deep. Very few cases of primary lumbar hernia have been published in scientific journal. We report a clinical case of primary lumbar hernia of Jean-Louis Petit in a 65-year-old man. She consulted for right lumbar swelling evolving for about two years. The examination showed a swelling of the right lumbar fossa above the iliac crest, soft, reducible and impulsive to cough. She benefited from a healing hernia by raffia. The postoperative course was simple.

Lumbar hernias are classified as congenital hernias (20%) and acquired hernias (80%). The latter are either hernias of weakness or post-traumatic or post-surgical hernias. Lumbar pains, a soft, reducible and impulsive at cough coving lumbar are the evocative signs. The scanner is always necessary and shows the size of the gap and the hernia contents.

Very few surgeons will have the opportunity to meet a lumbar hernia during their experience. The diagnosis is based on the evocative clinical signs and confirmed by the abdominal CT scan. The hernia cure can be done by simple suture or with prosthesis according to the size of the breach, the cause, the quality of the neighboring structures, and the available material.

**Key words: lumbar hernia, primary, Jean-Louis Petit, hernia cure**

**INTRODUCTION**

Les hernies lombaires se font à travers deux zones faiblesse de la paroi postéro-latérale de l'abdomen : le triangle lombaire inférieur décrit par Jean-Louis Petit en 1738, délimitée par la crête iliaque en bas, le bord antérieur du muscle grand dorsal en dedans et le bord latéral du muscle oblique externe en dehors (1). Le triangle lombaire supérieur décrit par

Grynfeltt en 1866, est un triangle inversé à sommet supérieur. Il est délimité par la 12<sup>ème</sup> cote en haut qui forme la base, le bord latéral des muscles érecteurs du rachis en dedans, le bord interne du muscle oblique interne en dehors (1).

Depuis le premier cas de hernie lombaire rapporté par Garangeot en 1731 environ 300 cas

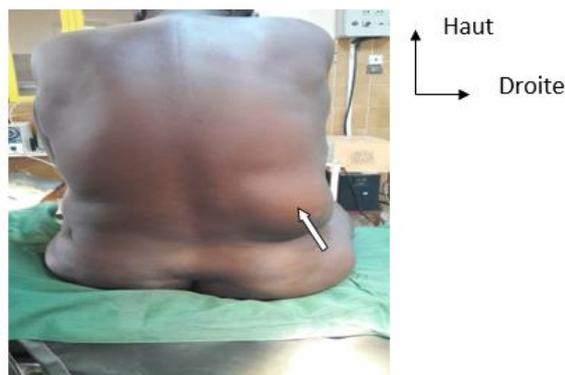
de hernies lombaires spontanées ont été publiés dans la littérature (2).

Ces données témoignent de la rareté de ces types de hernie et expliquent le fait qu'elles peuvent présenter des difficultés diagnostiques pour le chirurgien devant une masse lombaire. La prise en charge est toujours chirurgicale mais il existe beaucoup de controverses sur la technique adéquate à employer. Le but de cet article est de rapporter un cas de hernie lombaire non compliquée de Jean-Louis Petit et de faire une revue de la littérature.

### OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'un homme de 65 ans sans antécédent de traumatisme ou de chirurgie ayant consulté pour tuméfaction lombaire droite évoluant depuis deux ans environ. La masse a augmenté progressivement de volume avec le temps, mais sans notion de douleur ni de trouble du transit.

A l'examen on notait une tuméfaction ovale de la fosse lombaire droite, au dessus de la crête iliaque (**Figure 1**).



**Figure 1 :** tuméfaction de la fosse lombaire droite (flèche blanche)

La voussure était souple, réductible et impulsive à la toux. Une tomodensitométrie abdominale n'a pu être faite pour confirmer le diagnostic. Le diagnostic de hernie lombaire a été retenu. L'indication chirurgicale a été posée. Sur un patient en décubitus latéral gauche, une incision lombaire (10cm) centrée sur la tuméfaction a été effectuée. L'exploration a retrouvé une hernie du triangle de Petit avec un collet de 3 cm (**Figure 3**) et un sac péritonéal contenant le grand épiploon (**Figure 2**) qui a été refoulé dans la cavité abdominale. La cure herniaire a été faite par raphie musculaire en deux plans (oblique grand, grand dorsal). L'idéal aurait été de mettre une prothèse non résorbable en arrière de la déhiscence musculaire et fixée en bas sur la crête iliaque avant le rapprochement musculaire. Les suites opératoires

ont été simples. Le patient est sorti le 5<sup>ème</sup> jour post opératoire. Le patient a été revu après 6 mois et l'examen clinique était sans particularité.



**Figure 2 :** sac herniaire contenant l'épiploon (étoile blanche)



**Figure 3 :** visualisation de l'orifice herniaire au niveau du triangle inférieur (étoile blanche) après réintégration du sac.

### DISCUSSION

Les hernies lombaires sont rares comparées aux autres hernies de la paroi abdominale. Très peu de cas (300 environ) de hernie lombaire ont été publiés dans la littérature depuis sa découverte par Garangeot en 1731.

Les hernies lombaires se manifestent à travers deux zones faibles de la paroi postéro-latérale de l'abdomen : le triangle lombaire inférieur ou triangle de Jean-Louis Petit qui est superficielle et le triangle lombaire supérieur ou triangle de Grynfelt qui est plus profond (1).

Ces hernies peuvent soit contenir un sac péritonéal à contenu varié (colon, épiploon, grêle, rate, ovaires) soit avoir un contenu extrapérito-

néale (graisse rétropéritonéale, rein) (3). Dans notre cas, il s'agissait de l'épiploon.

Les étiologies des hernies lombaires sont bien connues : On distingue les hernies congénitales et les hernies acquises. Les hernies congénitales sont plus rares (20%), parfois bilatérales et associées à d'autres anomalies comme un testicule non descendu, une agénésie rénale ou un syndrome lombocostovertebral (4).

Les hernies acquises sont plus fréquentes (80%) et peuvent être classées en hernies primaires et hernies secondaires. Les hernies primaires, comme c'est le cas dans notre observation, sont des hernies de faiblesse, non traumatiques, parfois associés à une augmentation de la pression intra-abdominale (toux chronique, obésité, travail de force). Elles représentent environ 50% des hernies lombaires acquises (5). Les hernies secondaires sont post-traumatiques (contusion abdominale, plaie pénétrante) ou post-chirurgicales (lombotomie pour chirurgie rénale, prélèvement de greffon iliaque) (6). Elles sont souvent localisées dans le triangle inférieur de Jean-Louis Petit, car il est superficiel et par conséquent plus exposés aux traumatismes.

La hernie lombaire primaires par contre s'extériorisent le plus souvent par le triangle lombaire supérieur de Grynfelt, parce qu'il est un peu plus large, plus profond et plus fragiles aux variations de pression intra abdominale (3,7). Dans sa série sur 11 cas de hernies lombaires, Zhou et al. (7), avaient trouvé une hernie lombaire supérieure dans tous les cas et dans un seul cas, une hernie lombaire inférieure associée à la hernie supérieure.

Le diagnostic d'une hernie lombaire peut constituer un véritable challenge pour le chirurgien non habitué à cette entité clinique. Des douleurs abdominales ou lombaires intermittentes ou une voussure anormale lombaire ou du flanc sont souvent les motifs de consultation (3,8).

La tuméfaction est plus ou moins saillante, souple, impulsive lors des efforts de toux et réductible en position allongée ce qui permet de la différencier d'un lipome, d'une masse rénale ou rétropéritonéale (3, 9,10).

La hernie lombaire supérieure s'extériorise juste au-dessous de la 12<sup>e</sup> côte et la hernie lombaire inférieure s'extériorise un peu au-dessus de la crête iliaque (3). Dans notre cas, il s'agissait d'une tuméfaction au dessus de la

crête iliaque évoquant une hernie lombaire inférieure. Le diagnostic peut-être difficile chez les patients obèses où la tuméfaction est masquée par la graisse abdominale.

Le scanner abdominal est ainsi souvent nécessaire pour confirmer le diagnostic. Il montre la brèche et le passage de la hernie à travers la paroi lombaire et permet d'en préciser le contenu (3).

Les hernies lombaires vont augmenter de volume avec le temps et peuvent devenir irréductibles ou s'étrangler (3). Selon Astarcioglu et al, L'incarcération peut survenir dans 10 % à 24 % des cas (11).

La chirurgie est le seul traitement possible des hernies lombaires. Comme pour la plupart des hernies pariétales, l'intervention comporte le traitement du sac et la réparation de la paroi. L'incision doit être lombaire centrée sur la saillie de la hernie ou tracée parallèlement à quelques centimètres au-dessous de la 12<sup>ème</sup> côte (3) comme ce fut le cas dans notre observation. Après la dissection du sac jusqu'au collet, il est soit ouvert prudemment puis ligaturé et réséqué, soit simplement refoulé dans la cavité abdominale (3). Nous avons décidé de réintégrer le sac dans l'abdomen sans l'ouvrir.

De nombreuses techniques de réparation pariétale ont été décrites sans véritable consensus car c'est une pathologie rare et l'expérience de chaque chirurgien est faible. La réparation peut se faire par une simple raphie musculo-aponévrotique, par un lambeau musculaire ou aponévrotique, ou par prothèse (12). Les techniques complexes utilisant les lambeaux musculo-aponévrotiques mobilisés à partir des muscles voisins (grand glutéal, grand dorsal ou du fascia lata) sont aujourd'hui abandonnées (3) à cause d'une part au taux élevé de récurrence due à la forte tension sur des structures fragiles et d'autre part à l'essor des cures prothétiques. Le choix de la technique dépend essentiellement de la taille de la brèche, de la qualité des structures musculo-aponévrotiques et des habitudes du chirurgien. Les petites brèches ne posent en général pas de difficultés et peuvent être réparées par raphie (3).

Cette technique a été utilisée huit fois sur dix par Zhou et al. (7) pour des hernies de petite taille, dont une hernie étranglée. L'utilisation de prothèse (marlex, prolène, polypropylène) est de plus en plus populaire, notamment pour les volumineuses hernies avec des structures musculo-aponévrotiques trop lâches pour une

réparation solide par raphie. Le meilleur emplacement de la prothèse est dans le plan extrapéritonéal, à la face profonde des muscles, contre lesquels elle est appliquée par la pression abdominale. La prothèse doit déborder les bords de l'orifice d'au moins 5 cm (3).

La première réparation par laparoscopie de hernie lombaire a été réalisée par Burick en 1996 (13) et depuis lors, au moins 36 cas de réparation laparoscopique ont été publiés par un abord soit transpéritonéal, soit extrapéritonéal (14,15,16,17). En plus des bénéfices classiques de la laparoscopie (réduction de la douleur post-opératoire, réduction de la morbidité et de la durée d'hospitalisation), elle semble très intéressante pour les orifices de grande taille, les hernies traumatiques, et chez les obèses ; circonstances qui nécessitent une voie d'abord directe étendue (3, 14,15).

#### CONCLUSION

Les hernies lombaires sont rares et peu de chirurgien auront l'occasion d'en rencontrer au cours de leur expérience. Ceci explique le fait qu'ils peuvent passer à côté du diagnostic et méconnaître la prise en charge adéquate de ces pathologies. Même devant le signe clinique évident d'une masse lombaire souple, réductible et impulsive, le scanner abdominal doit être réalisé en routine pour affirmer le diagnostic et planifier la prise en charge. Toutes les hernies lombaires doivent être opérées. La cure herniaire peut se faire par simple raphie ou avec prothèse en fonction de la taille de la brèche, de la cause, de la qualité des structures avoisinantes, et du matériel disponible. Au regard des publications récentes, la laparoscopie semble être la voie d'abord idéale.

#### REFERENCES

1. Ankur Bhupendrakumar A primary idiopathic superior lumbar triangle hernia with congenital right scoliosis: a rare clinical presentation and management. *Int. J. Appl. Basic Med. Res.* 2011;1 (January-June (1)):60-62.
2. John E. Skandalakis, Skandalakis' Surgical Anatomy, Abdominal Wall and Hernias. 2004; 9.
3. Pélissier É., Habib E., Armstrong O. Traitement chirurgical des hernies lombaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif 2010 ; 40-152.
4. Parihar S, Bali G, Sharma S, Koul N. Congenital lumbar hernia. *JK Science* 2008;10 (3):144-5.
5. Loukas M, Tubbs R, El-Sedfy A, Jester A, Polepalli S, Kinsela C, et al. The clinical anatomy of the triangle of petit. *Hernia* 2007;11:441-4.
6. Naidoo M, Singh B, Ramsaroop L, Satyapal KS. Inferior lumbar triangle hernia: a case report. *East Afr Med J* 2003;80(5): 277-80.
7. Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. *Hernia* 2004;8:260-3.
8. Carbonell AM, Kercher KW, Sigmon L, Matthews BD, Sing RF, Kneisl JS, et al. A novel technique of lumbar hernia repair using bone anchor fixation. *Hernia* 2005;9:22-6.
9. Giuseppe Pietro Mingolla Lumbar hernia misdiagnosed as a subcutaneous lipoma: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2009;3:9322.
10. Zub A., Kozka M. Petit's triangle hernia clinically mimicking gluteal abscess [in Polish] *Przegl Lek.* 2003;60 (Suppl. 7):86-87.
11. Astarcioglu H, Sökmen S, Atila K, Karademir S. Incarcerated inferior lumbar (Petit's) hernia. *Hernia* 2003;7:158-60.
12. Fei Y. Comparison of two repairing procedures for abdominal wall reconstruction in patients with flank hernia. *Zhongguo Xue Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi.* 2010;24 (December (12)):1506-9.
13. BurickAJ, Parascandola SA. Laparoscopic repair of a traumatic lumbar hernia: a case report. *J Laparoendosc Surg* 1996;6:259-62.
14. Meinke A.K. Totally extraperitoneal laparoscopic repair of lumbar hernia. *Surg. Endosc.* 2003;17:734-7.
15. Moreno-Egea A., Torralba J.A., Morales G. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: a prospective nonrandomized study. *Surg. Endosc.* 2005;19(February (2)):184-7.
16. Iannitti DA, Biffl WL. Laparoscopic repair of traumatic lumbar hernia. *Hernia* 2007;11:537-40.
17. Palanivelu C, Rangarajan M, John SJ, Madankumar MV, Senthilkumar K. Laparoscopic transperitoneal repair of lumbar incisional hernias: a combined suture and "double-mesh" technique. *Hernia* 2008; 12:27-31.