



FAIT CLINIQUE

HERNIE DE JEAN-LOUIS PETIT: A PROPOS D'UN CAS

THE HERNIA OF JEAN-LOUIS PETIT : A CASE REPORT

T DOSSOUVI, E SORSY, DM SAMBIANI, G BOTCHO

Centre Hospitalier Universitaire de Kara (TOGO)

RÉSUMÉ

Les hernies lombaires constituent une pathologie rare, particulièrement celle de Jean-Louis Petit. Elles posent souvent le problème de leur diagnostic qui est facilité par l'apport du scanner. Le traitement de référence est représenté par la cure par voie coelioscopique avec pose de prothèse. Nous rapportons un cas de Hernie de Jean-Louis Petit avec pour objectif de montrer à travers la littérature sa rareté et sa prise en charge.

Mots clés: hernie lombaire; diagnostic; scanner; traitement

SUMMARY

Lumbar hernia are rare, especially Jean-Louis Petit's hernia. Their diagnosis is difficult but facilitated par the Computed Tomography. The best treatment is the use of the mesh by laparoscopy. We report a case of Jean-Louis Petit with the objective to show his low frequency and his treatment.

Keywords: Lumbar hernia; diagnosis; computed tomographie; treatment

Tirés à part

DOSSOUVI TAMEGNON

Chirurgien généraliste au CHU-KARA

Email: dboris@ymail.com.

INTRODUCTION

Les hernies lombaires constituent des entités pathologiques rares parmi les affections de la paroi abdominale. On en distingue en fonction de la localisation deux formes : la forme la plus basse et latérale, est celle de Jean-Louis Petit alors que la forme la plus haute et médiale est celle de Grynfelt. Elles posent souvent le problème de leur diagnostic en raison de leur rareté et de leur topographie. Mais en cas de doute, l'imagerie représentée par l'échographie et surtout le scanner [1] aide au diagnostic. Nous rapportons un cas de Hernie de Jean Louis-Petit colligé à l'hôpital de Dédomé au Togo (Milieu rural dans la Région des Plateaux) avec pour objectif de montrer à travers une revue de la littérature sa rareté et de sa prise en charge.

OBSERVATION

Un cultivateur de 75 ans qui consultait pour une

volumineuse tuméfaction lombaire gauche associée à une constipation évoluant depuis trois ans environ. Il avait pour seul antécédent une hypertension artérielle non suivie. L'examen clinique avait permis de noter un bon état général, une tuméfaction lombaire gauche basse surplombant la crête iliaque gauche indolore, molle, rénitente, impulsive à la toux et réductible avec des gargouillis (Figures 1 et 2). Le diagnostic d'une hernie de Jean-Louis Petit non étranglée a été évoqué. Devant l'inaccessibilité de l'échographie et du Scanner, une radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée objectivant la masse qui était légèrement opaque contenant des clartés digestives (Figure 3). Le diagnostic a été donc confirmé puis un bilan préopératoire a été demandé. Notre patient a bénéficié d'une cure de sa hernie par abord direct avec pose de prothèse en extrapéritonéal. Les suites opératoires ont été simples. La sortie a été autorisée le cinquième jour.



Figure 1 : Photo prise de derrière montrant la hernie de Jean-Louis Petit Gauche



Figure 2 : Photo prise de Profil montrant la hernie de Jean-Louis Petit gauche

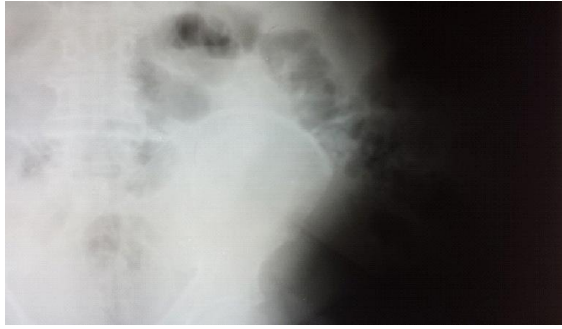


Figure 3 : Radiographie de l'abdomen sans préparation centrée sur la tuméfaction et mettant en évidence la hernie de Jean Louis-Petit avec des anses dans le sac.

DISCUSSION

Les hernies lombaires sont rares expliquant le petit nombre des cas publié [1,2,3].

Dans la littérature, la hernie de Jean-Louis Petit est moins fréquente que celle de Grynfelt [4,5].

En général, deux hernies lombaires sur trois concernent le sexe masculin [1].

On distingue plusieurs causes [1] aux hernies Lombaires parmi lesquelles on a :

- . les hernies congénitales (nouveau-nés, enfants, parfois bilatérales, associées à d'autres anomalies) ;
- . les hernies acquises : adultes (sans traumatisme ni incision) ;
- . les hernies post-traumatiques ;

. les hernies postopératoires (après opération sur la crête iliaque, néphrectomies) qui sont en fait des éventrations [1].

Le diagnostic d'une hernie est essentiellement clinique. Cependant, la difficulté diagnostique des hernies lombaire s'explique par leur rareté et leur localisation nécessitant un recours à l'imagerie [1,6]. Le scanner demeure le meilleur examen pour mettre en évidence la hernie avec tous ses caractéristiques [7]. Dans notre cas, l'ASP seul a suffi à confirmer le diagnostic. L'ASP donc pourrait contribuer au diagnostic devant toute suspicion de hernie lombaire surtout volumineuse, dans les centres peu équipés et reculés.

Comme toute hernie, la prise en charge est chirurgicale. Les deux voies d'abord pourraient être utilisées en l'occurrence la laparoscopie et la laparotomie avec une supériorité de la première [5,8]. Pour les hernies de petites tailles il est recommandé une cure par raphie contrairement aux volumineuses hernies où la pose des prothèses s'impose pour éviter les récides comme dans notre cas [1,9].

CONCLUSION

La hernie de Jean-Louis Petit est une variété de hernie rare. Son diagnostic est facilité aujourd'hui par l'apport du scanner. La laparoscopie avec pose de prothèse constitue actuellement le traitement de référence.

RÉFÉRENCES

1-ALEXANDRE JH., BOUILLOT JL. Traitement chirurgical des hernies lombaires. Traités de Techniques chirurgicales-Appareil digestif: 40-152, 1994.

2-MGBAKOR AC., BAMI G., BARTHE L., BLEDE A., DIAKITE L., GNABA S., KATA JK., ROUELLE PH., SEIDOU A. Les difficultés diagnostiques des hernies lombaires. A propos de 7 cas. Medecine d'Afrique Noire 1999 ; 6 :46.

3-ZHOU X., NVE J. Lumbar hernia :Clinical Analysis of 11 cases. Hernia, 2004 :260-3.

4-ORCUTT TW. Hernia of the superior lumbar triangle. Ann.Surg 1991 ; 2 :294-297.

5-MORENO-EGZEA A., BAENA EG., CALLE MC. Controversies in the current management of lumbar hernia. Arch Surg 2007 ; 142 : 82-88.

6-BOUNOUA F., GUILLEM P. Hernie de Jean-Louis Petit. J Chir 2000 ; 137 :107.

7-TUNG HKS., CHEUNG SCW., LEE R., CHAN FL. Bilateral spontaneous lumbar hernia :Computed Tomographic diagnosis. Radiol 2002 ; 5 :235-236.

8-CAVALLARO G., SADIGHI A., MICELI M. Primary lumbar hernia repair : the open approach. Eur Surg Res 2007 ; 39 :88-92.

9-BARAKET O., BERRICHE A., ZRIBI R., CHOKKI A. Primary lumbar hernia :analysis of three cases. La Tunisie Médicale 2011 ; 89 :644-646.