

Dialyse

p é r i t o n é a l e

HERNIE DE SPIEGHEL DIALYSE PÉRITONÉALE

A.P. RIPP / Ch. d'AUZAC / R. GRAÏDIA / P. MASSICOT / R. FRAOUI / S. BOUDJELTIA /
K. AOUD / CH. JACQUOT
Hôpital Broussais, Paris.

OBSERVATION

L'observation qui suit illustre les difficultés diagnostiques d'une hernie rare : la hernie de Spiegelhel.

Il s'agit d'une femme de 65 ans, atteinte d'une maladie de Takayashu sans atteinte tuberculeuse.

Son insuffisance rénale progressive est connue et présumée d'origine vasculaire sans biopsie rénale.

Elle a déjà subi plusieurs épisodes d'insuffisance ventriculaire gauche en rapport avec une hypertension aortique sans doute majeure, en rapport avec des sténoses de tous les troncs des membres et coronaire et avec expression clinique des membres supérieurs et inférieurs et Angor.

Cette HTA centrale est attestée par l'épaisseur myocardique majeure mesurée en échographie (septum 20 mm, paroi post. 13 mm).

Sa tension artérielle brachiale de base est autour de 10 de systolique.

Lors des OAP cette tension a été mesurée autour de 14.

L'absence d'abord vasculaire réalisable motive le choix de la dialyse péritonéale lorsque la patiente arrive en état d'insuffisance rénale terminale.

ÉVOLUTION EN DPCA

Le domicile préalablement visité est jugé adéquat, la patiente demeure seule mais voisine avec un neveu disponible à aider sa tante.

Le traitement initial comporte 4 échanges de 2 litres par jour, manipulés par la patiente au moyen du système double poche UV Flash Baxter.

Ce traitement dure 4 mois sans complication, bien qu'un peu insuffisant : la clearance est acceptable à 66,76 l/semaine/m² 73 mais la NPCR est à 0,55 g/kg de poids/j.

HISTOIRE DE LA HERNIE

L'histoire de la hernie est exemplaire d'erreur diagnostique.

40 jours avant, la patiente – lors d'une livraison de poche – ressent une douleur du flanc droit lors du rangement de ses cartons de dialysat, lesquels pèsent 10 kgs.

Le lendemain, un des échanges produit un drainage sanglant mais qui reste sans lendemain.

La douleur persiste, modeste et l'examen clinique palpe une masse douloureuse, siège de la douleur spontanée.

Une première échographie confirme le diagnostic clinique proposé d'hématome intrapariétal provoqué par le portage.

Une application locale de kaolin et une contention simple par élastoplast constituent le traitement.

12 jours plus tard, la douleur locale persiste mais très amoindrie et une deuxième échographie confirme la diminution du volume de l'hématome.

La patiente est revue une 3^e fois et il est noté que « tout va bien » dans l'observation.

La patiente, en voyage avec des amis, fait ensuite un repas copieux vite suivi d'une diarrhée douloureuse ; les autres convives n'ont aucun trouble digestif.

La patiente présente bientôt des vomissements ; les douleurs cessent ; la diarrhée persiste tandis que s'installe une intolérance gastrique.

Après 2 jours, la patiente se présente à l'hôpital : elle est déshydratée et présente un syndrome occlusif.

Cette occlusion, à l'analyse des clichés sans préparation de l'abdomen, siège sur le grêle, comme le montrent les niveaux liquides de répartition centrale et de petit calibre.

Les échographies successives montrent une masse arrondie totalement fermée et les ASP à l'admission une distention exclusive du grêle.

ÉVOLUTION INITIALE

L'intervention est décidée après réhydratation et 12 heures d'aspiration digestive qui ne modifie pas le syndrome, un lavement aux hydrosolubles a innocenté le colon.

A l'ouverture, est découverte la hernie transpariétale contenant du grêle ischémique dont une courte résection de 4 cm est nécessaire mais permettant le rétablissement immédiat de la continuité. Le liquide péritonéal est infecté à E. Coli qui est traité par péfloxacin.

Le réveil est marqué par un œdème pulmonaire puis une instabilité hémodynamique lors de la première hémodialyse postopératoire, ainsi qu'une asthénie marquée.

La labilité de la tension motive la pose d'un cathéter de pression artérielle fémorale, mais une ischémie subaiguë du

Dialyse péritonéale

membre inférieur homolatéral obligera précocement à son retrait, puis une angioplastie avec pose de Stent.

Une alimentation parentérale est entreprise.

ÉVOLUTION SECONDAIRE

L'évolution est ensuite marquée par des complications liées à l'instabilité hémodynamique, elles-mêmes dues à l'impossibilité de régler de façon simultanée, la pression intra-aortique et les pressions de perfusion des membres.

En l'absence de complication abdominale une reprise temporaire de la DP après le délai habituel à J 13 est possible.

Cependant l'instabilité hémodynamique persiste avec alternance de poussées d'insuffisance ventriculaire gauche et de nouvelles ischémies de membres.

L'évolution est ensuite marquée par un accident vasculaire cérébral sylvien gauche ischémique à J 15 avec hémiplégie ;

– sepsis gauche à staphylocoque à J 20 dont l'origine est attribuée à un escarre sacré, excisé à J 29 ;

– une colite à clostridium difficile et ischémique ;

– une surinfection bronchique à Coli.

Ces complications motivent la réintubation à J 40 et l'emploi de drogues cardiotropes sur une situation clinique qui se dégrade jusqu'au décès à J 52.

La hernie de Spiegel apparaît sur la ligne semi-lunaire (figure 1) qui va du rebord costal au pubis et, latéralement, du bord externe du muscle droit à la jonction des aponévroses des muscles larges – c'est le sillon antéro-latéral de l'abdomen, dépourvu de muscle.

De la face profonde à l'extérieur, les trois muscles latéraux : transverse, oblique interne et oblique externe, voient en effet

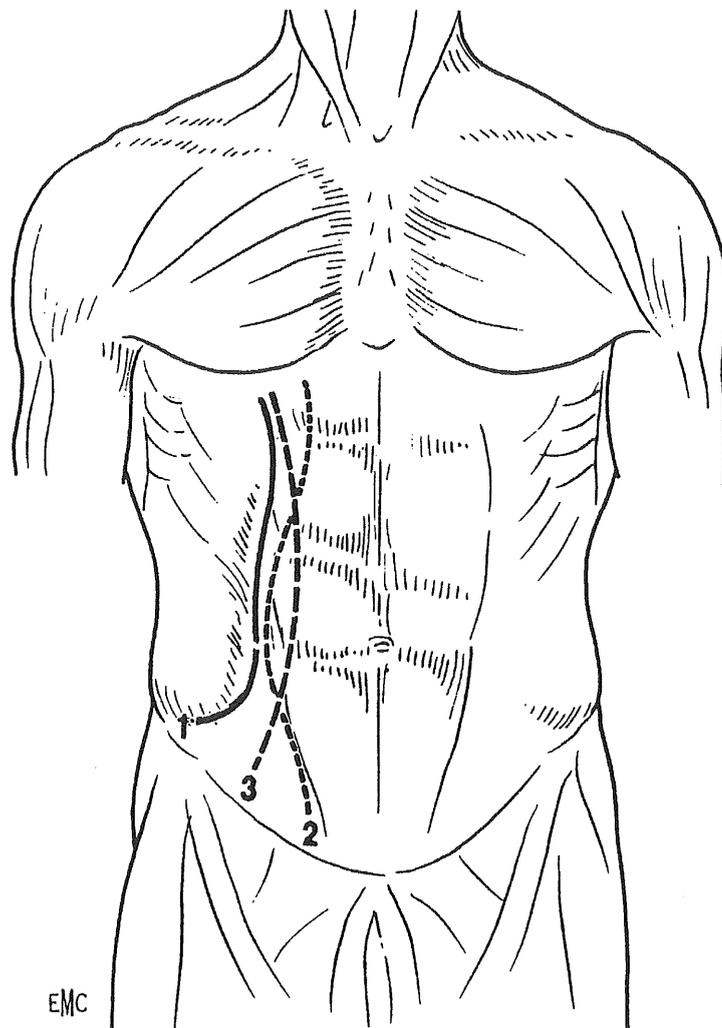


Figure 1. – La ligne de Spiegel : zone de faiblesse située dans « le sillon antérolatéral », aux intersections muscles-aponévroses des muscles oblique externe (1), oblique interne (3) et transverse (2), en dehors des muscles grands rectus.

leurs aponévroses se rejoindre sur le bord externe du grand droit.

Ces hernies peuvent être multiples et siègent plus volontiers sous l'ombilic (figure 2).

Elles sont plus ou moins saillantes selon le stade évolutif de la traversée du sac vers l'extérieur.

L'aspect clinique en est donc variable. Saillie plus ou moins visible sur un sujet maigre et tonique, la flaccidité de l'abdomen du dialysé péritonéal plus le panicule adipeux acquis peuvent en masquer la croissance.

Il est à remarquer que ces hernies ont été observées comportant toujours un panicule de graisse en avant du péritoine et que l'espace repoussé est toujours fibreux et constitue un véritable collet, réduit, susceptible de provoquer un étranglement.

Ces hernies sont toujours acquises.

Le diagnostic peut être aidé par l'échographie : il reste difficile et doit chercher à mettre en évidence un gargouillement clinique de la déhiscence, l'expansivité à la toux et la réintégration possible du contenu en intra-abdominal.

S'il y a étranglement, comme dans notre observation, le traitement chirurgical est

Dialyse péritonéale

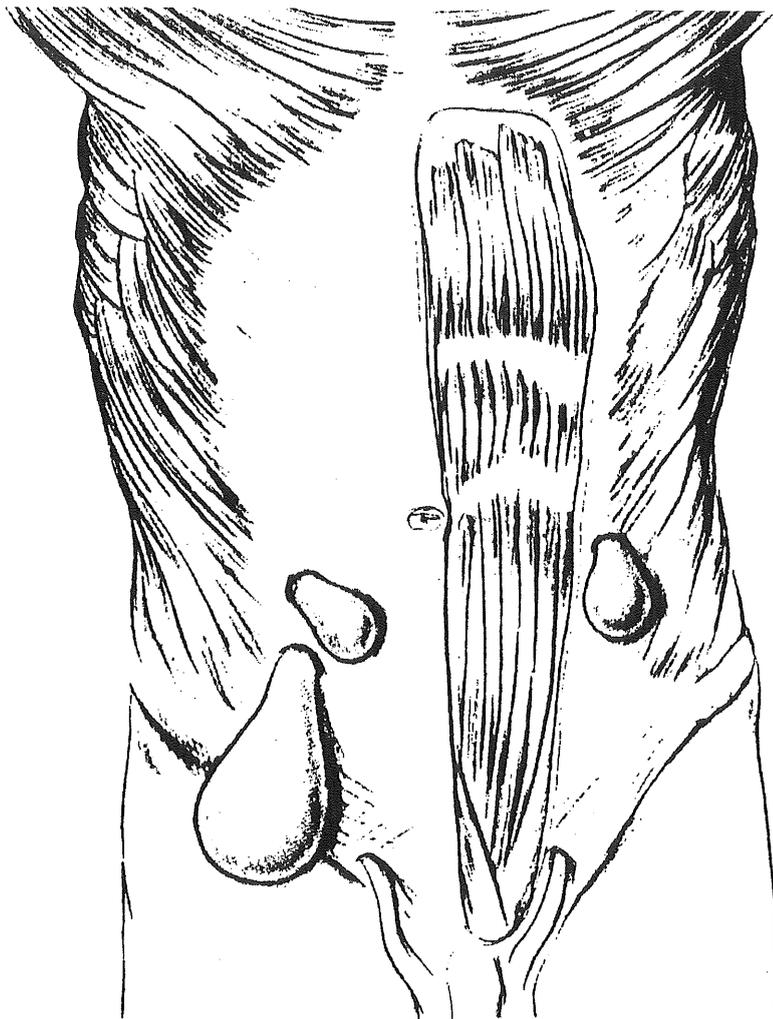


Figure 2. – Trajets anatomiques des hernies de Spiegel.

une urgence, l'incision est oblique, directement sur la lésion.

HERNIE DE SPIEGHEL LITTÉRATURE

La hernie de Spiegel est cependant rare ; elle représente 0,1 à 1 % des hernies (800 cas publiés à la date de 1994).

Dans une série de 744 cas rapportés en 1984 par Spangen, la moyenne d'âge est de 50 ans et la hernie y est multiple 34 fois soit 4,5 %.

Une série récente de 31 cas gabonnais souligne la fréquence dans ce pays. La voussure antérieure de l'abdomen, connue

chez les Pigmés qui présentent une hyperlordose lombaire, pourrait être en rapport.

Ce n'est pas sans rappeler l'évolution de l'abdomen du dialysé péritonéal soumis à la poussée et à la pesée du dialysat sur la partie sous-ombilicale de l'abdomen.

Le traitement est le traitement chirurgical de toute hernie.

En cas de doute, une exploration de la tuméfaction doit être proposée.

La récurrence après intervention, avec ou sans interposition de matériel prothétique, est rare.

En dialyse péritonéale deux études portant sur l'adulte rapportent des hernies directes :

– SUH en 1994 compte 20 patients, soit 12,7 % sur 158 dialysés sur une période de 4 ans.

– Strauss en 1993 en compte 4 % sur 216 patients étudiés sur une période de 3 ans.

Les hernies directes, parmi lesquelles la hernie de Spiegel, apparaissent donc plus fréquentes chez le dialysé péritonéal que dans la population générale.

COMMENTAIRES

– En 1^{er} commentaire, on peut souligner que l'existence connue d'une sténose serrée de l'artère mésentérique inférieure n'a pas constitué de contre-indication fonctionnelle à la dialyse péritonéale : la crainte d'une perte de surface d'échange n'est en effet pas à craindre, pas plus qu'une résection segmentaire colique : la grande majorité de la surface active pour la dialyse est le péritoine libre, mésentérique, ainsi que le péritoine hépatique. Les mésocolons offriraient une surface fonctionnelle mineure.

– Deuxièmement, il est remarquable qu'à 2 reprises, sur la foi d'une histoire clinique simple, le diagnostic d'hématome pariétal a été confirmé par l'échographie. La diminution de celui-ci était en fait bien sûr une variation du contenu du sac herniaire. Ceci pose bien sûr la question de l'analyse échographique des parois d'une formation pathologique – le caractère hétérogène du contenu appartient autant à une anse intestinale qu'à un hématome.

– Troisièmement, les critères de bon état clinique et trophique employés en ambulatoire dans le service confirment leur intérêt pronostic : l'effondrement rapide de la préalbumine et du taux d'albumine observé malgré les apports importants sont certainement annonciateurs de difficultés postopératoires.

Dialyse péritonéale

— Enfin, un excellent état pendant les 4 premiers mois en DP a été observé, marqué notamment par une nette amélioration de l'insuffisance cardiaque et de l'Angor d'effort. Malgré cela, mais peut-être signalée par une hypoalbuminémie modérée, la gravité de la maladie sous-jacente a ressurgi de façon foudroyante.

CONCLUSION

Nous voudrions insister sur la flaccidité abdominale progressive, en DP, quand elle

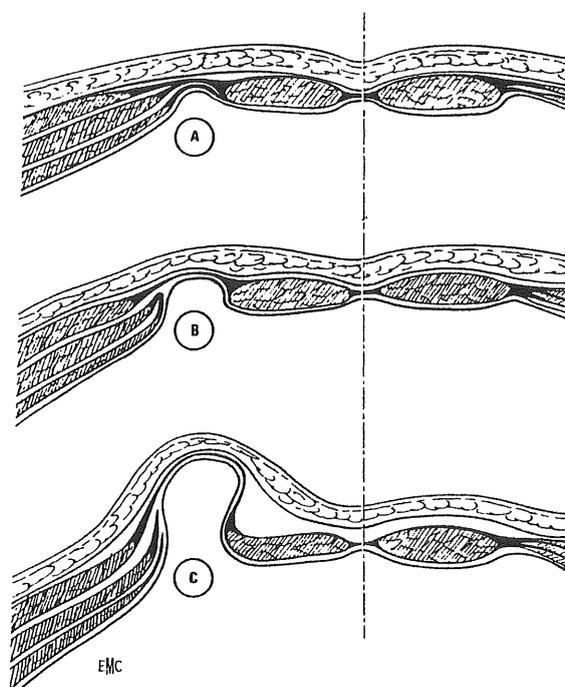
n'existe pas d'emblée, la déhiscence de la ligne blanche, les hernies classiques sont bien connues. Les épisodes douloureux et de dialysats fugacement hémorragiques sont réputés bénins.

Nous insistons sur le nécessaire entretien musculaire en kinésithérapie pour retarder, voire empêcher, cette flaccidité.

Nous suggérons que tout syndrome pariétal fasse l'objet d'une attention diagnostique méticuleuse avant que d'attribuer ces symptômes à des douleurs banales.

Références bibliographiques

- (1) Alexandre J.H., Bouillot J.L., *Traitement chirurgical des hernies de Spiegel*. Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Techniques chirurgicales appareil digest., 1994 ; 4 : 40-151.
- (2) Suh H *et al.*, *Abdominal wall hernias in ESRD patients receiving peritoneal dialysis*. Adv. Perit. Dial., 1994 ; 10 : 85-88.
- (3) Strauss F.G. *et al.*, *Short-d well peritoneal dialysis : increased use and impact on clinical outcome*. Adv. Perit. Dial., 1993 ; 9 : 49-51.



Traversée d'un sac sur la ligne semi-lunaire de Spiegel.
A, B. Hernie interstitielle.
C. Hernie extériorisée.