Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Cas clinique

Hernie de Spiegel post traumatique : à propos d'un cas

Post-traumatic Spiegel hernia: about a case

M Soro*[1], MAB Koutou[1], M Ouedraogo[2], M Ilboudo[3], D Segda[1], B Ouedraogo[4], JL Kambire[2]

Résumé

Introduction : La hernie de Spiegel est une entité clinique rare, représentant 0.1 % des hernies de la paroi abdominale. La hernie de Spiegel post traumatique est secondaire à un traumatisme direct par un objet contondant sur la paroi abdominale. Nous rapportons un cas diagnostiqué dans le service d'imagerie médicale du CHRU de Fada N'Gourma.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un garçon de 09 ans, sans antécédent pathologique particulier, admis aux urgences médico-chirurgicales pour douleur abdominale suite à une chute du haut d'un arbre d'environ 2,5 mètres avec réception sur le flanc droit. L'examen retrouvait un point d'impact ovalaire d'environ 4 cm de diamètre au niveau de la région para rectale droite et une tuméfaction molle, réductible, impulsive à la toux. Le diagnostic d'une hernie pariétale post traumatique a été suspecté. L'échographie abdominale a mis en évidence une solution de continuité de 30 mm de la région para rectale droite. La Tomodensitométrie (TDM) abdominale a confirmé une déhiscence musculo-aponévrotique au niveau de la ligne semi lunaire de Spiegel à droite avec un sac herniaire interpariétal contenant l'épiploon. Une pariétoplastie a été réalisée après réintégration des viscères. Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti le lendemain de son intervention chirurgicale.

Conclusion : La hernie de Spiegel post-traumatique est une affection rare mais à évoquer devant toute tuméfaction traumatique de la région para rectale, surtout chez l'enfant. L'imagerie médicale, notamment l'échographie et mieux la TDM, est essentielle pour confirmer le diagnostic en préopératoire et guider la prise en charge chirurgicale.

Mots-clés : Hernie de Spiegel, Traumatisme, Imagerie.

Abstract

Introduction: Spiegel hernia is a rare clinical condition, accounting for 0.1% of abdominal wall hernias. Post-traumatic Spiegel hernia occurs as a result of a direct injury from a blunt object to the abdominal wall. We report a case diagnosed in the medical imaging department of the CHRU of Fada N'Gourma.

Clinical case: We report the case of a 9-year-old boy, with no significant medical history, admitted

to the medical-surgical emergency department for abdominal pain following a fall from the top of a tree of approximately 2.5 meters, landing on his right side. Examination revealed an oval impact point of about 4 cm in diameter in the right pararectal region and a soft, reducible swelling, Abdominal CT scan confirmed a musculo-aponeurotic dehiscence at the Spiegel's semilunar line on the right with an interparietal hernial sac containing the omentum. A hernioplasty was performed after reintegration of the viscera. The postoperative course was uncomplicated and the patient was discharged the day after his surgical procedure.which protruded with coughing. The diagnosis of a post-traumatic parietal hernia was suspected. Abdominal ultrasound revealed a discontinuity of 30 mm in the right pararectal region. Conclusion: Post-traumatic Spiegel hernia is a rare condition but should be considered in any traumatic swelling of the para-rectal region, especially in children. Medical imaging, particularly ultrasonography and preferably CT scan, is essential to confirm the diagnosis preoperatively and guide surgical management.

Keywords: Spiegel hernia, Trauma, Imaging.

Introduction

La hernie de Spiegel (HS) post traumatique est une protrusion du contenu abdominal à travers une zone de faiblesse acquise du fascia de Spiegel suite à un choc [1-2]. Elle est due à un traumatisme direct d'un objet contondant sur la paroi abdominale [2-3]. De diagnostic difficile, elle peut être méconnue et se révéler par des complications [2].

Le diagnostic est suspecté devant un antécédent de traumatisme abdominal récent ou ancien avec à l'examen clinique une tuméfaction abdominale latérale, augmentant à la toux ou à l'effort. La confirmation du diagnostic repose sur l'imagerie qui fait appel en première intention à l'échographie pariétale qui objective la déhiscence aponévrotique. La TDM est l'examen de référence, elle confirme le diagnostic, précise la taille du defect pariétal, le contenu du sac herniaire (épiploon, intestin grêle) et élimine des lésions traumatiques associées [4]. Le risque d'étranglement recommande un traitement chirurgical dès la confirmation du diagnostic [5].

Nous rapportons un cas colligé au service d'imagerie médicale du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Fada N'Gourma (Burkina Faso), et en discutons les aspects diagnostiques et thérapeutiques à la lumière de la littérature.

Cas clinique

Il s'agissait d'un garçon de 09 ans, sans antécédent pathologique connu, reçu aux urgences médico-chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHRU) de Fada pour douleur abdominale. L'interrogatoire retrouvait une notion de traumatisme abdominal survenu dans la même soirée, suite à une chute du haut d'un arbre d'environ 2,5 mètres de hauteur avec réception sur le flanc droit de l'abdomen. L'état général était conservé. La température était à 36°7C. L'inspection retrouvait un point d'impact ovalaire d'environ 4 cm de diamètre au niveau de la région para rectale droite, sans signe inflammatoire cutané associé (Figure 1). La palpation notait une tuméfaction sus ombilicale para rectale droite, molle, douloureuse, réductible, expansive et impulsive aux efforts de toux. Le reste de l'examen clinique était normal. L'échographie avait suspecté une HS en mettant en évidence en sus ombilical une solution de continuité de 30 mm de long au niveau de la région para rectale droite de l'abdomen. Le diagnostic était confirmé par la tomodensitométrie (TDM) abdominale avec injection de produit de contraste, qui avait objectivé une déhiscence musculo-aponévrotique au niveau de la ligne semi lunaire de Spiegel à droite. Cette déhiscence était interpariétale, située en dedans du muscle oblique externe et en dehors du muscle oblique interne avec présence d'un sac herniaire contenant de d'épiploon et de l'intestin grêle (Figure 2). Il n'existait pas de pneumopéritoine ni d'épanchement liquidien intrapéritonéal. Le

diagnostic d'une HS non compliquée était retenu. La prise en charge chirurgicale avait consisté à une pariétoplastie après réintégration des viscères (Figure 3). Les suites opératoires étaient simples et on avait autorisé sa sortie le lendemain.

Figure 1 : Déformation de la région para rectale droite de l'abdomen avec point d'impact ovalaire.

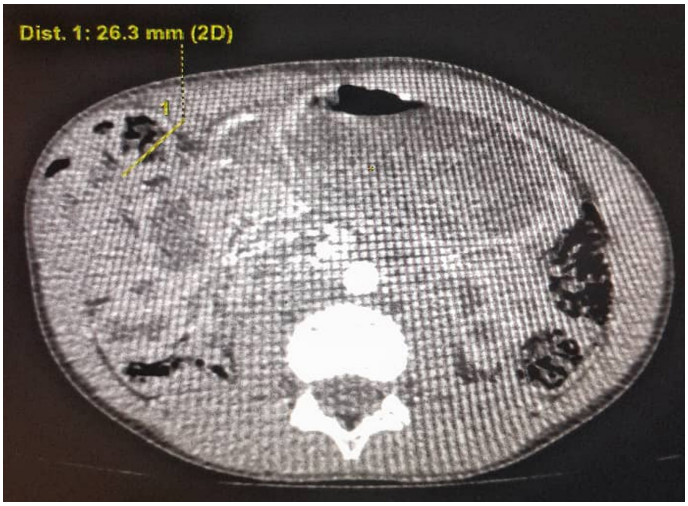

Figure 2 : Tomodensitométrie abdominale en coupe axiale, montrant une solution de continuité au niveau de la ligne de Spiegel, en situation interpariétale, en dedans du muscle oblique externe et en dehors du muscle oblique interne.

Figure 3 : Image per-opératoire de la brèche pariétale après réintégration des viscères.

Discussion

La HS post traumatique induite par un objet contondant est une entité inhabituelle, qui survient plus fréquemment chez l'enfant et l'adolescent, rarement chez les personnes âgées [1-2-3-6-7]. L'incidence de la HS est faible, elle est de l'ordre de 0.1 % de l'ensemble des hernies de la paroi abdominale [2-8]. La HS post traumatique est consécutive à un impact focalisé sur la paroi abdominale avec une force suffisante pour entrainer une rupture musculo aponévrotique, laissant intacte la peau [3-7-9].

Si le mécanisme lésionnel, à savoir un impact contondant focal, est identique quel que soit l'âge, ses répercussions sur la paroi abdominale diffèrent notablement chez l'enfant. La paroi abdominale de l'enfant présente une aponévrose fine et une musculature encore incomplètement différenciée. Son élasticité tissulaire, supérieure à celle de l'adulte, abaisse le seuil lésionnel nécessaire à une rupture musculo-aponévrotique. Une force d'impact modérée peut ainsi suffire à désinsérer les fibres musculaires,

qu'il s'agisse d'une chute sur un guidon de vélo, d'un choc contre un objet fixe ou d'un coup reçu au cours d'un jeu. Chez l'adulte, à l'inverse, un traumatisme à haute énergie est généralement requis pour produire une lésion comparable [10].

Chez l'adulte, la HS post-traumatique s'observe le plus souvent sur une paroi déjà fragilisée par des facteurs d'hyperpression chronique (obésité, multiparité, toux chronique, antécédents de chirurgie pariétale), alors que chez l'enfant, la paroi est a priori saine avant le traumatisme, ce qui rapproche davantage la lésion d'une véritable désinsertion musculo-aponévrotique traumatique aiguë que d'une décompensation d'une faiblesse préexistante [11, 12]. Sur le plan évolutif, la moindre épaisseur et la plus grande laxité de la paroi pédiatrique favoriseraient, selon certains auteurs, une extériorisation plus rapide et plus volumineuse du contenu herniaire, mais aussi une meilleure tolérance clinique initiale, ce qui contribue paradoxalement au retard diagnostique déjà rapporté dans la littérature [13]. Le tableau clinique frustre est plus facilement rattaché à tort à un simple hématome pariétal post-traumatique chez l'enfant, retardant la reconnaissance de la hernie sous-jacente. Cette confusion diagnostique est d'autant plus fréquente que d'autres lésions traumatiques associées peuvent détourner l'attention clinique du chirurgien [14]. Ces particularités anatomiques imposent, chez l'enfant, un examen clinique répété et un seuil de suspicion bas devant toute tuméfaction pariétale post-traumatique persistante. Elles justifient également le recours privilégié à une imagerie non irradiante, ainsi qu'une réparation chirurgicale conservatrice en tissu propre, respectueuse du potentiel de croissance pariétale résiduel.

La hernie se développe en situation interpariétale entre le muscle oblique externe en avant et le muscle oblique interne et transverse en arrière. Dans la plupart des cas, le sac herniaire contient de l'épiploon, de l'intestin grêle, le cæcum, l'appendice ou le sigmoïde [15, 16, 17].

Les éléments cliniques permettent dans la majorité des cas de poser le diagnostic de HS. Un point d'impact ovalaire en regard d'une tuméfaction molle et réductible de la paroi abdominale pose le diagnostic dans la plupart des cas [3-7-18]. Le tableau clinique, souvent frustre, est source de retard diagnostique [19]. Ce retard diagnostique n'est pas sans conséquence. Il expose au risque de complications mécaniques du contenu herniaire. Plusieurs éléments cliniques favorisent classiquement l'incarcération puis l'étranglement. Le collet herniaire étroit en est le principal, fréquent dans la HS du fait de son trajet interpariétal oblique le long de la ligne semi-lunaire. L'irréductibilité de la tuméfaction constitue un autre signe d'alerte. Une douleur pariétale localisée, devenue permanente et croissante, doit également inquiéter. Il en va de même pour les signes de souffrance digestive : nausées, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Une défense pariétale en regard de la hernie et un délai prolongé entre le traumatisme et la consultation complètent ce tableau d'alarme [20].

L'échographie et surtout le scanner sont utiles au diagnostic [17]. L'échographie abdominale peut visualiser le défect musculo-aponévrotique situé dans la ligne semi lunaire ou ligne de Spiegel [19]. Elle est généralement l'examen de première intention de par ses avantages : elle permet une évaluation dynamique car le radiologue peut demander au patient d'effectuer une manœuvre de Valsalva (pousser comme pour aller à la selle) ou de tousser, cela permet de visualiser le sac herniaire entrer et sortir en temps réel à travers le collet ; son innocuité totale, faisant d'elle l'examen idéal pour les enfants et les femmes enceintes ; son accessibilité et son coût, elle est rapide, peut coûteuse, indolore et disponible dans presque toutes les structures de santé. Quant au scanner, il est considéré comme l'examen de référence (gold standard) pour confirmer définitivement le diagnostic. Il permet une précision anatomique inégalée en offrant une vue transversale parfaite qui localise précisément la déhiscence sur la ligne semi-lunaire (entre le muscle grand droit et les muscles larges de l'abdomen) ; il permet une analyse du contenu du sac et détecte précocement les complications à type de souffrance digestive, d'occlusion intestinale ou une ischémie

digestive [17].

Dans les pays à ressources limitées, notamment en Afrique subsaharienne, l'accès au scanner reste restreint à quelques centres de référence, le plus souvent urbains. Les délais et les coûts associés en limitent l'usage systématique. Une étude menée en milieu rural et péri-urbain au Kenya illustre bien cet écart : la radiographie était disponible sur site dans 49 % des structures, l'échographie dans 33 %, contre seulement 3 % pour le scanner et aucune structure pour l'IRM [21]. L'échographie reste ainsi largement plus disponible, y compris dans les hôpitaux régionaux et de district. Cette réalité, associée au caractère non irradiant de l'échographie particulièrement pertinent chez l'enfant, plaide pour une stratégie diagnostique hiérarchisée, où l'échographie occupe une place centrale, le scanner étant réservé aux situations de doute diagnostique ou de suspicion de complication. Sur cette base, un algorithme diagnostique simple et pragmatique, adapté aux structures de santé régionales, peut être proposé :

-Examen clinique seul : devant une tuméfaction pariétale réductible, indolore, sans antécédent traumatique évocateur ni signe de complication, un examen clinique rigoureux et un suivi rapproché peuvent suffire à orienter la décision opératoire programmée, notamment dans les structures ne disposant d'aucune imagerie.

-Échographie : elle doit être réalisée en première intention devant toute suspicion clinique de HS, qu'elle soit post-traumatique ou spontanée, qu'il existe ou non des signes d'alarme, afin de confirmer le défect pariétal, de préciser son siège et son contenu, et de rechercher des signes indirects de souffrance digestive.

-Tomodensitométrie : elle doit être réservée aux situations où l'échographie est non concluante (patient obèse, hernie de petite taille, doute diagnostique avec un autre processus pariétal), ou lorsque des signes cliniques ou échographiques font suspecter une complication (incarcération, étranglement, occlusion), en particulier avant une prise en charge chirurgicale urgente où une cartographie précise du contenu herniaire est utile.

La prise en charge de la HS est chirurgicale et doit être réalisée dans un délai adapté à la présentation clinique afin d'éviter les complications à type d'incarcération ou de strangulation des viscères intra-abdominaux [1-2-7-18]. Deux grandes stratégies de réparation pariétale sont décrites : la raphie simple et la réparation prothétique.

La raphie simple consiste à suturer directement, bord à bord, l'aponévrose du muscle transverse et du muscle oblique interne. Cette technique obture l'orifice herniaire sans interposition de matériel étranger. Ses indications privilégiées sont les petits défects pariétaux et les hernies non compliquées opérées en électif. Elle trouve une place de choix chez l'enfant. Ses avantages sont multiples : une simplicité technique, un coût quasi nul, et l'absence de matériel étranger. Cette dernière caractéristique écarte tout risque de complication liée à une prothèse (infection, migration, érosion viscérale ou sensation de corps étranger). Elle respecte en outre le potentiel de croissance de la paroi abdominale, l'enfant continuant à grandir après l'intervention, contrairement à l'adulte. Sa limite principale, classiquement décrite chez l'adulte, est un risque de récidive plus élevé qu'après réparation prothétique. Ce risque est particulièrement marqué pour les défects de grande taille ou sur une paroi déjà fragilisée par des facteurs d'hyperpression chronique. Un essai randomisé de référence l'a démontré : le taux de récidive après cure herniaire par suture atteignait 43 %, contre 24 % après renforcement prothétique [22].

La réparation prothétique consiste à réintégrer les organes herniés et à renforcer l'orifice pariétal défaillant à l'aide d'un filet ou d'une plaque synthétique souple. Elle est classiquement considérée comme la technique de référence chez l'adulte, car elle réduit significativement le risque de récidive. Ses limites et risques sont cependant réels. Le surcoût est parfois prohibitif dans les contextes à ressources limitées. Le risque infectieux propre au matériel prothétique s'y ajoute, majoré en milieu chirurgical non idéalement contrôlé. Un risque théorique d'interférence avec

la croissance pariétale chez l'enfant complète ce tableau : un matériau non résorbable ne s'adapte pas à l'élongation et à la maturation ultérieure des tissus.

Chez l'enfant, la balance bénéfice-risque penche donc nettement en faveur de la raphie simple. Trois raisons convergentes le justifient. D'abord, le potentiel de croissance pariétale restant rend l'implantation d'un matériau non résorbable discutable sur le plan physiologique. Ensuite, le risque de récidive est intrinsèquement plus faible chez l'enfant que chez l'adulte : les facteurs favorisants classiques (hyperpression chronique, obésité, toux chronique) y sont généralement absents, et la réparation porte sur une paroi par ailleurs saine. Enfin, le risque infectieux lié à tout matériel prothétique paraît légitimement évitable chez l'enfant, en l'absence de bénéfice démontré sur la récidive dans cette tranche d'âge. Une revue récente confirme cette approche : la réparation sans prothèse chez l'enfant affiche un taux de récidive de l'ordre de 1 %, et l'implantation d'un corps étranger synthétique de taille fixe chez un sujet encore en croissance apparaît difficilement justifiable [23].

Dans tous les cas, le geste chirurgical s'effectue habituellement par une voie d'abord latérale, en regard du défect. La laparotomie médiane n'est indiquée qu'en cas d'étranglement herniaire, permettant une manipulation plus facile du contenu herniaire et une exploration complète de la cavité abdominale [15, 17].

Dans notre observation, l'intervention élective par voie latérale a permis une réintégration aisée d'une anse grêle saine, suivie d'une raphie simple de l'aponévrose. Ce choix technique se justifiait par les arguments physiopathologiques propres à l'enfant détaillés ci-dessus (croissance pariétale, faible risque de récidive, évitement du risque infectieux prothétique), qui font de la raphie simple l'option de référence dans cette tranche d'âge indépendamment même des contraintes de ressources.

Le suivi postopératoire à 3 mois ne notait pas de récidive et objectivait une bonne cicatrisation de la paroi. Ce contrôle précoce, bien qu'informatif, ne permet pas d'exclure formellement une récidive tardive. Une éventration sur cicatrice reste possible, avec un délai de survenue parfois différé de plusieurs mois, en particulier après une raphie simple sans renfort prothétique. Un suivi clinique complémentaire à 6 mois serait donc pertinent pour ce type de réparation. Il permettrait d'évaluer plus complètement la qualité de la cicatrisation musculo-aponévrotique à distance de l'intervention. Il autoriserait également la recherche d'une récidive herniaire ou d'une éventration, ainsi que le dépistage de complications tardives telles qu'un granulome de fil ou une douleur pariétale chronique. Ces données à 6 mois ne sont pas disponibles dans notre observation et ne peuvent donc être rapportées ici. Pour les publications futures de cas similaires, nous recommandons l'intégration systématique d'un contrôle clinique voire une échographique en cas de doute à 3 et 6 mois postopératoires. Cette recommandation rejoint un constat de la littérature : les taux de récidive rapportés après réparation pariétale pédiatrique demeurent bas, mais reposent le plus souvent sur des durées de suivi courtes, insuffisantes pour écarter une récidive tardive [10].

Conclusion

La HS post traumatique est une affection rare, à évoquer systématiquement devant tout traumatisme fermé avec tuméfaction de la région para rectale de l'abdomen, en particulier chez l'enfant. Son diagnostic est clinique, dans les formes typiques mais peut être retardé lorsque la symptomatologie initiale est fruste. L'échographie et la TDM abdominale sont des outils indispensables pour confirmer le diagnostic en préopératoire et planifier la prise en charge chirurgicale. Le traitement chirurgical, réalisé précocement, permet d'éviter l'étranglement et confère un pronostic favorable.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Considérations éthiques et déontologiques

Nous avons demandé et obtenu au préalable l'autorisation des premiers responsables du CHRU de Fada avant de commencer l'étude. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été respectés.

***Correspondance**

SORO Mamadou

soromanes80@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Août 2026

1 : Service d'imagerie médicale, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma, BP 38, Fada N'Gourma, Burkina Faso.

2 : Service de chirurgie générale et viscérale, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma, BP 38, Fada N'Gourma, Burkina Faso.

3 : Service de la planification, de l'information hospitalière et de la recherche, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma, BP 38, Fada N'Gourma, Burkina Faso.

4 : Service d'imagerie médicale, Centre Hospitalier Régional de Dori, BP 66, Dori, Burkina Faso.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Pederiva F, Guida E, Maschio M, Rigamonti W, Gregori M, Codrich D. Handlebar injury in children: The hidden danger. Surgery.2016 ; 159(5) :1477.

[2] Singal R, Gupta R, Mittal A, Gupta A, Singal RP, Singh B, et al. Delayed Presentation of the Traumatic Abdominal Wall Hernia; Dilemma in the Management - Review of Literature. Indian J Surg. 2012; 74(2):149-56.

[3] Van Bemmel AJM, van Marle AGJ, Schlejen PM, Schmitz RF. Handlebar hernia: a case report and literature review on traumatic abdominal wall hernia in children. Hernia. 2011; 15(4):439-4.

[4] Iklkache Y, Graichi R, Guezzen Z, Krelil B. Hernie diaphragmatique après un traumatisme fermé de l'abdomen, Journal de Chirurgie Viscérale, 158, 4, supplement, 2021, 581-582, 2021

[5] Majdoub Hassani KI, Zahid F, Anoune H, Toughrai I, Laalim SA, Mazaz K. Hernie de Spiegel : à propos d'un cas. Pan Afr Med J. 2010 Feb 8 ;4 ;5.

[6] Yaylaci S, Ercelik H, Seyit M, Kocyigit A, Serinken M. Handlebar trauma causing small bowel hernia with jejunal perforation. West J Emerg Med. 2014; 15(4) :367-8.

[7] Chen H-Y, Sheu M-H, Tseng L-M. Bicycle-handlebar hernia: a rare traumatic abdominal wall hernia. J Chin Med Assoc. 2005; 68(6) :283-285.

[8] Kumar A, Hazrah P, Bal S, Seth A, Parshad R. Traumatic abdominal wall hernia: a reappraisal. Hernia. 2004 ; 8(3) :277 280.

[9] Schoofs N, Van der Speeten K. Handlebar hernia: an uncommon cause of intra-abdominal lesions. Acta Chir Belg. 2013 ; 113(4) :293-.

[10] Theodorou CM, Stokes SC, Beres AL. Traumatic abdominal wall hernia in children: A systematic review. J Surg Res. 2021 ;262 :181-189

[11] Alexandre J, Bouillot J. Traitement chirurgical des hernies de Spiegel ou hernies ventrales latérales ou antéro-latérales. Editions Techniques-Encycl. Méd. Chir. (Paris-France). Techniques chirurgicales –Appareil digestif, 40-151, 1994, 4p

[12] Alan T, Richards. Spigelian Hernias. Operative Techniques in General Surgery 2004; 6: 228-39.

[13] Amodio F, Hierholzer J, Mansueto G, Lemke A, Smaltino F. Quiz cases of the month. Latero-ventral hernia of the abdominal wall (Spigelian hernia). Eur Radiol 2000; 10 (11): 1839-40.

[14] Lu H, Zhang Z, Chao J, Zhang C, Zhang G, Tao S, Yan Q. Case Report: Minimally invasive repair of a traumatic abdominal wall hernia in a child

with a fascial closure device. Front Surg. 2024 ;11 :1391533.

[15] Ribetro A, Cruz J, Moeira M. Intestinal obstruction induced by a giant incarcerated spigelian hernia. Case report and review of the literature. Sco Paulo Med J 2005; 123: 148-50.,3,5

[16] Marschall J, Vergis A. Radiology for the surgeon: soft tissue case 53. Can J Surg 2004 ; 47 : 119-120

[17] Rakototiana A.F, Rakoto-Ratsimba H.N, Hunald F.A, Razafimanjato N, Rambel H. Hernie de Spiegel compliquée d'une fasciitte nécrosante de la paroi abdominale : A propos d'un cas. Revue Tropicale de Chirurgie 2008 ; 2 : 5-7

[18] Adakal O, Habou O, Adamou H, Amadou-Magagi I, Kolle L, Hakimi G et al. Hernie pariétale traumatique: à propos de trois (3) observations. Annales de l'Université Abdou Moumouni. 2015 ; 19-A (2) :29-35.

[19] Amodio F, Hierholzer J, Mansueto G, Lemke A, Smaltino F. Quiz cases of the month. Latero-ventral hernia of the abdominal wall (Spigelian hernia). Eur Radiol 2000; 10 (11): 1839-40.

[20] Huttinger R, Sugumar K, Baltazar-Ford KS. Spigelian Hernia. [Updated 2023Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538290/

[21] Wanjiku GW, Bell G, Kapadia S, Wachira BW. Impact of point-of-care ultrasound use on patient referral decisions in rural Kenya : a mixed methods study. BMC Health Serv Res. 2024 ;24(1) :212

[22] Luijendijk RW, Hop WCJ, van den Tol MP, de Lange DCD, Braaksma MMJ, IJzermans JNM, Boelhouwer RU, de Vries BC, Salu NÉ, Wereldsma JCJ, Bruijninckx CMA, Jeekel J. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. N Engl J Med. 2000 ;343(6) :392-398

[23] Reistrup H, Fonnes S, Rosenberg J. No Reason to Use Mesh in Groin Hernia Repair in Adolescents. J Abdom Wall Surg. 2024 ;2 :12336

Pour citer cet article :

M Soro, MAB Koutou, M Ouedraogo, M Ilboudo, D Segda, B Ouedraogo et al. Hernie de Spiegel post traumatique : à propos d'un cas. Jaccr Africa 2026; 10(3): 74-81

https://doi.org/10.70065/26103.jaccrAfri.004L013108