



CASE REPORT

Grynfeltt-Lesshaft lumbar hernia. Case report

Zakaria SEOUDI, Razika IBAGHERACHE, Louiza IAICHE ACHOUR, Mohamed STOUTAH, Abdelkrim ANOU

ABSTRACT

Lumbar hernias are a relatively rare pathological entity of the posterolateral abdominal wall, with Grynfeltt-Lesshaft hernias being the most common subtype. Surgical intervention remains the only definitive treatment for these uncommon cases. However, a standardized surgical approach has yet to be established. In most case series, prosthetic mesh repair has been the preferred technique, particularly to minimize the risk of recurrence. The majority of reported procedures have been performed via an open approach, although recent literature has described a few successful cases managed laparoscopically using prosthetic mesh. In this article, we present the case of an adult patient with a Grynfeltt-Lesshaft hernia who underwent successful laparoscopic prosthetic repair.

Keywords: lumbar hernia, Grynfeltt-Lesshaft hernia, laparoscopic prosthetic repair

Faculty of Medicine, Blida1 University. Department of General, Oncologic & Emergency Surgery. Douera University Hospital. Algiers. Algeria.

Received: 17 Jun 2025

Accepted: 24 Jul 2025

Correspondance to: Zakaria SEOUDI

E-mail : seoudizakaria@gmail.com

1. INTRODUCTION

La hernie de Grynfeltt-Lesshaft (HGL) est une hernie de la paroi abdominale postéro-latérale complexe et assez rare, avec seulement 350 cas rapportés dans la littérature mondiale jusqu'à présent [1]. Décrite pour la première fois par *Grynfeltt* en 1866 et *Lesshaft* en 1870, cette pathologie pariétale abdominale se caractérise par un prolapsus et un déplacement du contenu intrapéritonéal ou extrapéritonéal à travers un défaut de faiblesse situé dans le triangle lombaire supérieur [2]. Les HGL sont souvent asymptomatiques, voire se manifestant par des symptômes non spécifiques et variés [3-4]. Leur diagnostic fait appel généralement à l'imagerie médicale, dont la tomographie avec injection de produit de contraste est à ce jour l'outil le plus utile [4]. Du fait du risque d'incarcération toujours possible, les formes diagnostiquées, notamment symptomatiques, sont d'indication opératoire, où la chirurgie est réalisée en situation électorale et faisant appel à une réparation prothétique pour prévenir d'éventuelles récurrences [3-5]. La technique est réalisée le plus souvent par voie ouverte ; toutefois, de nos jours, la réparation laparoscopique est devenue une méthode de plus en plus privilégiée et la littérature fait mention de cas traités avec succès [3-6].

Nous rapportons dans cet article un cas d'HGL que nous avons opéré, avec comme objectif de mettre en exergue les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette pathologie, notamment la possibilité et la fiabilité de l'abord laparoscopique. Le consentement éclairé écrit du patient pour que les informations et la prise de photographies médicales anonymisées soient publiées dans cet article. L'anonymat a été respecté.

2. PRÉSENTATION DU CAS

C'est un homme âgé de 57 ans qui nous a été référé par un confrère de ville pour la prise en charge chirurgicale d'une HGL. Le patient n'avait aucun antécédent médical, chirurgical ou de traumatisme significatif. À l'interrogatoire, il avait consulté pour une tuméfaction de la région lombaire droite apparue il y a quelques années, qui a progressivement augmenté de volume et qui est devenue récemment très douloureuse. À l'examen, le malade était d'apparence saine, avec un indice de masse corporelle de 29 kg/m², avec une HGL droite indolore, partiellement réductible, mesurant 90 mm de grand axe, plus visible lorsque l'on demande au patient d'effectuer la manœuvre de Valsalva (figure 1A).

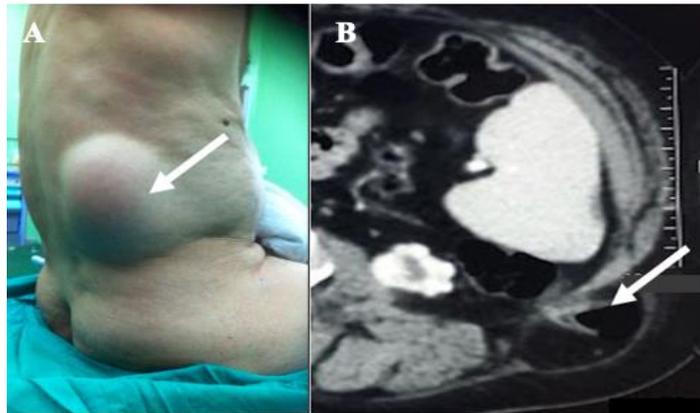


Figure 1. Photographie HGL droite (flèches blanches). (A) Patient. (B) Tomodensitométrie.

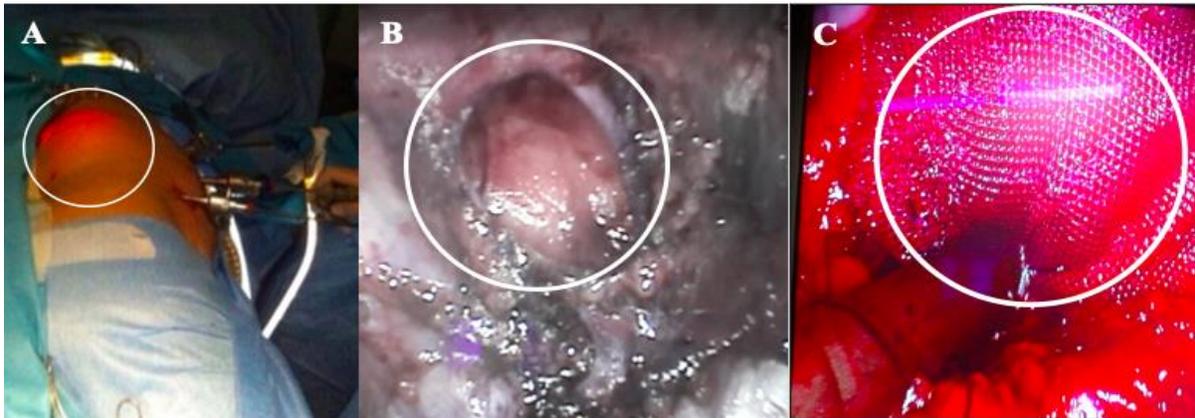


Figure 2. Vue laparoscopique peropératoire de la HGL droite (cercle blanc). Par transillumination. (B) Défaut herniaire après dissection. (C) Réparation chirurgicale montrant le treillis in situ

Les analyses de laboratoire étaient dans les paramètres normaux. La tomodensitométrie abdominale (TDM) avec injection de produit de contraste pratiquée a montré une hernie lombaire supérieure droite, de 100 mm de taille et de 42 mm de défaut (figure 1B). Le patient a été opéré en chirurgie programmée et par voie laparoscopique sous anesthésie générale (figure 2A). Pour cette procédure, il était installé en décubitus latéral gauche et trois quatre trocarts ont été utilisés. Les constatations opératoires ont retrouvé une hernie lombaire supérieure, avec un défaut de 40 × 50 mm et un sac herniaire à contenu colique. L'attention initiale portée sur la dissection prudente du côlon et le respect de l'uretère droit et des nerfs afin de les préserver. Après réintégration du contenu herniaire en intra-abdominal, le défaut (figure 2B) a été réparé par une large prothèse composite dépassant largement les marges du défaut et stabilisée judicieusement par des clous. Cela a permis de recouvrir toute la hernie (figure 2C). Les suites opératoires étaient sans particularités et le patient a rejoint son domicile le deuxième jour postopératoire avec un rendez-vous en consultation pour le suivi. Il a été revu au 24^e mois postopératoire, où son examen n'a retrouvé ni anomalie ni récurrence herniaire (figure 3).



Figure 3. Photographie postopératoire.

3. DISCUSSION

La HGL est une entité particulièrement rare dans l'histoire des hernies de la paroi abdominale et qui figure entre 1,5 % et 2 % des observations [6-7]. Attribué à un défaut du fascia fibromusculaire du triangle lombaire supérieur, un espace qui correspond à une région bordée supérieurement par la douzième côte thoracique, médialement par les muscles érecteurs du rachis et le carré des lombes, et latéralement par le muscle oblique interne, et dont le toit est fait du muscle grand dorsal et le plancher est formé par l'aponévrose du muscle transverse de l'abdomen [2-7-8]. Les HGL sont divisées sur le plan étiologique en HGL congénitales en rapport avec des anomalies du développement embryonnaire, retrouvées dans 20 % des cas, et en HGL acquises retrouvées dans 80 % des cas. Ces dernières sont réparties respectivement en primaires ou spontanées dans 55 % des cas et secondaires dans 25 %. Pour les HGL secondaires, des antécédents principalement d'interventions chirurgicales ou de traumatisme sont retrouvés [9]. Notre cas concernait un sujet de sexe masculin âgé de 57 ans qui présentait une HGL droite acquise et primaire, vu qu'il n'avait pas d'antécédents évocateurs. La condition HGL est plus commune chez les hommes d'âge moyen entre la cinquantaine et la septième décennie, comme ce fut dans notre cas, et elle est majoritairement unilatérale et plus susceptible d'être à gauche que sa contrepartie droite [2-10]. Bien que les HGL puissent être identifiées tôt, elles peuvent aisément passer inaperçues, rester méconnues et latentes des années [11]. L'absence de symptomatologie spécifique et de facteurs d'orientation anamnestiques rend le diagnostic difficile et conduit au recours à des examens complémentaires pour étayer le diagnostic devant des douleurs dorsales ou du flanc, une tuméfaction ou une masse lombaire, particulièrement chez le patient obèse [12]. Comme ce fut le cas pour notre malade, c'est la tomodensitométrie multicoupe de contraste qui est l'investigation radiologique de référence pour identifier la hernie, sa taille, son contenu, et permettre des informations précieuses pour affiner la planification chirurgicale [2].

La prise en charge des HGL est chirurgicale, même si le patient est asymptomatique, car il existe un risque d'incarcération dans 25 %, imposant un véritable challenge diagnostique et thérapeutique [1-11]. Historiquement, la chirurgie était effectuée en général par des techniques ouvertes comme procédures standards. En examinant la littérature, la réparation mini-invasive a pleinement été soutenue dans les tendances actuelles et elle est de plus en plus considérée comme une alternative convaincante, jugée adaptée, sûre et efficace dans des cas soigneusement évalués [11-13-14]. Si l'expérience clinique des techniques laparoscopiques dans les HGL est relativement nouvelle, sans preuve de haut niveau et se limite à quelques rapports de cas, tous les résultats concordent vers des conclusions similaires [1-2-5]. Les avantages avancés des réparations cœlioscopiques par rapport aux techniques ouvertes sont bien là ; meilleures visualisations des défauts herniaires et des repères anatomiques, une réparation adéquate tout en évitant les grandes dissections, de meilleurs résultats esthétiques, moins de douleur postopératoire et une récupération postopératoire précoce [11-14]. Cependant, la décision doit être fondée sur le bon sens, en tenant compte de la situation de chaque patient, du plateau technique et de l'expérience laparoscopique de chaque chirurgien [1-2-15]. À cet égard, quelles que soient l'approche et la technique chirurgicale, une chose est

sûre : les chirurgiens choisissent habituellement de réparer le défaut herniaire par du matériel prothétique synthétique pour respecter les principes généraux de la chirurgie herniaire [5-16].

Dans notre cas, nous avons recouru à une coelioscopie transpéritonéale. Ce choix était conscient, car les conditions préalables à une chirurgie mini-invasive étaient remplies. Cela a permis la cure de la HGL sans difficulté. Le défaut herniaire a pu être bien exposé et réparé par un treillis synthétique composite. Le patient a bien toléré la procédure sans complications et il y a absence de récurrence après un recul de 24 mois.

4. CONCLUSION

La HGL est une pathologie rare dont le traitement est chirurgical, faisant appel aux procédés prothétiques. Comme rapporté dans la littérature récente et dans notre cas, les réparations peuvent être exécutées par voie laparoscopique. Les procédures coelioscopiques sont sûres et dignes d'être empruntées, sous réserve d'une expérience en chirurgie mini-invasive et en prenant en compte les caractéristiques des patients, seuls garants d'un résultat optimal.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. Cabrera PRC, López RDP, Tercero YAM, et al. Clinical presentation and surgical management of a Grynfeltt hernia: report of a clinical case and literature review. *Case Rep Surg*. 2025 Mar 27;2025:5634242. doi:10.1155/cris/5634242.
2. Basnet K, Bhandari R, Shah SR, et al. Primary Grynfeltt lumbar hernia: a case report. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2022 Feb 15;60(246):192–5. doi:10.31729/jnma.7251.
3. Ganesan G, Antony AM. A rare case of Grynfeltt-Lesshaft hernia in an elderly patient. *Cureus*. 2025 Apr 18;17(4):e82517. doi:10.7759/cureus.82517.
4. Heo TG. Primary Grynfeltt's hernia combined with intermuscular lipoma: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021 Jul;84:106163. doi:10.1016/j.ijscr.2021.106163.
5. Katsarelas I, Chatzinas D, Kountouri I, et al. Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair of a primary upper lumbar hernia: a case report. *Cureus*. 2025 Feb 14;17(2):e79007. doi:10.7759/cureus.79007.
6. Katsarelas I, Chatzinas D, Kountouri I, et al. Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair of a primary upper lumbar hernia: a case report. *Cureus*. 2025 Feb 14;17(2):e79007. doi:10.7759/cureus.79007.
7. Rigueiral MEG, Cobucci FLR, De Aguiar PHSP, et al. Rare complication of ventriculoperitoneal shunt: ectopic distal catheter in a Grynfeltt hernia – case report. *Surg Neurol Int*. 2021 Oct 19;12:525. doi:10.25259/SNI_330_2021.
8. Aza MS, Yawi JB, Musumba JK, et al. Bilateral Grynfeltt lumbar hernia: a case report. *J Med Case Rep*. 2023 Apr 6;17(1):145. doi:10.1186/s13256-023-03874-5.
9. Horino T, Kashio T, Inotani S, Yamaguchi S, et al. Primary superior lumbar hernia with nephrotic-range orthostatic proteinuria. *Intern Med*. 2022 Jul 15;61(14):2187–90. doi:10.2169/internalmedicine.8757-21
10. Cardoso VS, Vasconcelos BP, Ascensão C. Grynfeltt hernia (GH): a rare case of hernia. *Cureus*. 2023 Jul 26;15(7):e42478. doi:10.7759/cureus.42478.
11. Chen ZM, Fan XQ, Zhou YX. Retrospective analysis of 16 cases of lumbar hernia. *Heliyon*. 2023 Nov 11;9(11):e22235. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e22235.
12. Li J. The role of ultrasound in the diagnosis of Grynfeltt-Lesshaft lumbar hernia: a case report. *Australas J Ultrasound Med*. 2021 Jun 26;24(3):178–80. doi:10.1002/ajum.12276.
13. Peethambaran MS, Rajendran RR, Murthy NG. Totally extraperitoneal repair of Grynfeltt's hernia: easy solution for a rare problem. *Cureus*. 2024 Nov 29;16(11):e74743. doi:10.7759/cureus.74743.
14. Mizuno R, Honma S. Endoscopic retroperitoneal repair of superior lumbar hernia (Grynfeltt hernia) using self-fixating mesh to prevent nerve injury: a case report. *Surg Case Rep*. 2024 Mar 5;10(1):52. doi:10.1186/s40792-024-01846-5.
15. Pornkul P, Buschel HB, Carroll D. A case report of laparoscopic-assisted repair of a rare congenital lumbar (Grynfeltt-Lesshaft) hernia. *Cureus*. 2024 Nov 7;16(11):e73239. doi:10.7759/cureus.73239.
16. Tsouknidas I, Tasis N, Antonopoulou MI, et al. Traumatic lumbar hernia: a systematic review of the literature. *Chin J Traumatol*. 2024 Jan;27(1):53–7. doi:10.1016/j.cjtee.2023.05.006