

## TRAITEMENT DES HERNIES DE LARREY PAR LAPAROSCOPIE

G. Dapri\*, B. Hainaux\*\*, A. Roman\*\*\*, E. Stevens\*\*\*, E. Capelluto\*, O. Germy\*,  
J. Himpens\*, G.B. Cadière\*

Bruxelles - BELGIQUE

**L**a hernie de Larrey (HL) est une hernie diaphragmatique de type rétro-costo-xiphoidien (HRCX). Les hernies diaphragmatiques sont appelées HL si elles se situent sur la droite du diaphragme, hernie de Morgagni (HM) si elles sont sur la gauche et hernie de Morgagni-Larrey (HML) si elles sont bilatérales. Un autre groupe de hernies diaphragmatiques, les hernies des coupoles, constitue les hernies de Bochdaleck (HB). En ce qui concerne les HRCX, il existe souvent dans la littérature une grande confusion dans la dénomination de ces défauts.

La prévalence de la HRCX est de 1 sur 1 million des nouveau-nés, alors qu'elle est de 1 sur 2 200 pour la hernie des coupoles [1]. Les HRCX représentent 3 à 5 % de tous les défauts diaphragmatiques [2-6], dont la HL qui représente 2 % des HRCX, la HM 90 % et la HML 8 % [6-9]. La HRCX est très rarement décrite comme intrapéricardique ou post-traumatique [5, 10, 11]. Elle peut apparaître à tous les âges, mais l'âge moyen de traitement est de 45 ans [12]. Habituellement elle est asymptomatique et seulement dans 20 à 30 % des cas elle peut être corrélée à des symptômes aspécifiques comme la douleur épigastrique, la constipation et les symptômes respiratoires [9, 13, 14].

Les causes d'aggravation et donc l'apparition secondaire possible de manifestations symptomatiques, sont dues à une augmentation de la pression intra-abdominale, comme c'est le cas chez les patients obèses ou pendant la grossesse ou en cas de constipation chronique. Deux examens suffisent à un diagnostic rapide : une radiographie du thorax et un scanner thoraco-abdominal [15, 16] qui permettront de différencier cette pathologie des autres maladies, comme une tumeur du médiastin antérieure, une tumeur pulmonaire, un kyste pleuro-péricardique et une atelectasie pulmonaire. Le risque potentiel de cette hernie est l'incarcération de l'intestin avec occlusion secondaire, rapporté en littérature dans 14 % des cas chez les enfants et dans 12 % des cas chez les adultes [17]. Nous rapportons notre expérience en décrivant trois cas, opérés par voie laparoscopique, entre février 2004 et octobre 2005.

**MOTS CLÉS :** Hernie de Larrey, Hernie de Morgagni, Hernie de Morgagni-Larrey, Laparoscopie.

### □ MATÉRIEL ET MÉTHODE

#### > Cas N° 1

Il s'agit d'une femme de 18 ans en bonne santé, avec dans son histoire médicale comme seul symptôme une constipation apparue depuis deux ans. La réalisation d'une radiographie du thorax (Fig. N° 1) permet de découvrir une ascension de la coupole diaphragmatique droite avec passage des anses digestives dans la partie antérieure du thorax. Le scanner thoraco-abdominal (Fig. N° 2), confirme la hernie diaphragmatique, intéressant la partie antérieure et droite du diaphragme contenant des anses digestives grêles et coliques herniées, sans signe de souffrance.

#### > Cas N° 2

Il s'agit d'un homme de 74 ans, hospitalisé en urgence pour occlusion intestinale. La radiographie de l'abdomen (Fig. N° 3) met en évidence la présence des nombreux niveaux

Car N° 1 :  
Radio du thorax  
montrant  
l'ascension  
de la coupole  
diaphragmatique droite



Fig. N° 1

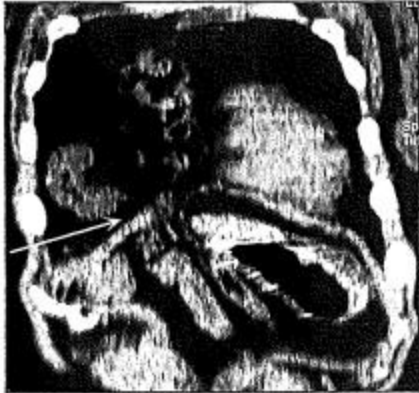


Fig. N° 2 Cas N° 1 : scanner thoraco-abdominal. Hernie diaphragmatique intéressant la partie antérieure et droite du diaphragme avec anses digestives grêles et coliques herniées



Cas N° 2 :  
Radio de l'abdomen montrant de nombreux niveaux hydro-aériques au sein d'anses grêles

Fig. N° 3



Fig. N° 4 Cas N° 2 : scanner thoraco-abdominal. Occlusion du grêle sur hernie diaphragmatique antérieure droite avec incarceration d'une anse grêle et volvulus associé

hydro-aériques au sein des anses grêles. Le scanner thoraco-abdominal (Fig. N° 4) montre une occlusion du grêle sur hernie diaphragmatique antérieure droite avec incarceration d'une anse grêle et volvulus associé.

> Cas N° 3

Il s'agit d'une femme de 57 ans présentant une insuffisance respiratoire essentiellement d'origine restrictive, avec hypoventilation surtout nocturne. La polysomnographie montre un syndrome d'hypopnées du sommeil, d'allure obstructive avec un tableau d'hypoventilation alvéolaire nocturne très aggravé.

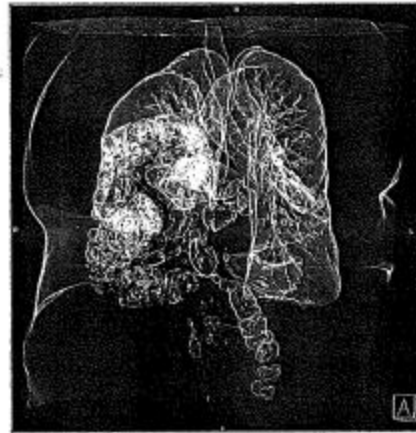
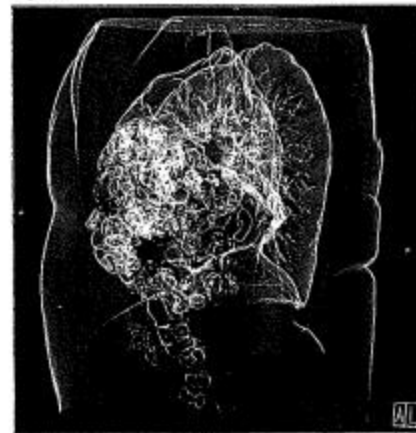


Fig. N° 5 Cas N° 3 : scanner thoraco-abdominal avec reconstruction 3D.

Hernie diaphragmatique intéressant la partie droite, médiale et gauche du diaphragme

Fig. N° 6



La radiographie du thorax met en évidence une image ronde de 7-8 cm de diamètre située dans l'hémithorax antéro-inférieur droit et le scanner thoraco-abdominal avec

## Hernies diaphragmatiques

reconstruction 3D (Fig. N° 5-6) confirme la hernie diaphragmatique intéressant la partie droite, médiale et gauche du diaphragme.

### □ TECHNIQUE

#### CAS N° 1 & 2

Le patient est placé en position de décubitus dorsal avec les jambes écartées, le chirurgien se place entre les jambes et l'assistant à sa gauche.

Quatre trocarts abdominaux sont utilisés, un de 10 mm pour le système optique et trois de 5 mm pour les instruments. Le système optique est à 30° et est placé au niveau de l'ombilic, les instruments sont placés dans le flanc droit, le flanc gauche et sous-xiphoidien (Fig. N° 7).

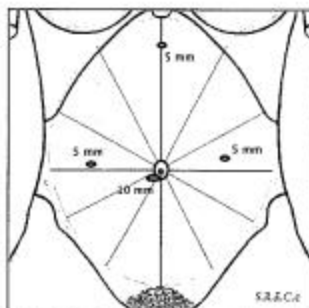


Fig. N° 7 Emplacement des trocarts

L'intervention commence avec la réduction des anses digestives qui sont incarceratedées dans le défaut diaphragmatique, ainsi que par celle du grand épiploon pour le premier cas (Fig. N° 8). Cette manœuvre rend possible l'exploration de la cavité herniaire, ce qui permet de voir la plèvre droite, le péricarde, l'aorte ascendante et l'arche aortique (Fig. N° 9).



Fig. N° 8 Réduction des anses digestives et du grand épiploon (cas N° 1), incarceratedées

Dans le deuxième cas, il n'y a aucun signe de souffrance intestinale au niveau des anses grêles incarceratedées.

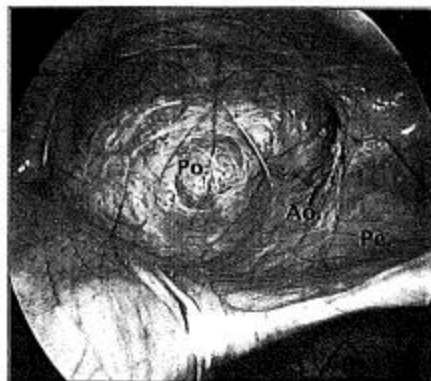


Fig. N° 9 Exploration de la cavité de Larrey.  
Po = poumon droit, Ao = aorte ascendante, Pe = péricarde

Les bords de la hernie sont complètement libérés avec le crochet coagulateur ou les ciseaux à ultrasons (Ultracision®) (Fig. N° 10). Le sac herniaire n'est pas réséqué et le défaut herniaire n'est pas fermé par des points de suture.

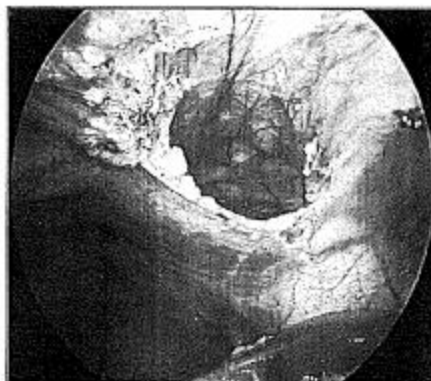


Fig. N° 10 Préparation des bords de la hernie de Larrey

Une prothèse de type Dual-mesh Plus® est mise en place et fixée par des agrafes métalliques Protack® à minimum de 1 cm au-delà des bords herniaires (Fig. N° 11). Aucun drainage n'est laissé dans la poche herniaire.

- ① Ethicon Endo-Surgery
- ② W.L. Gore
- ③ Tyco Healthcare
- ④ Ethicon Products
- ⑤ Bard

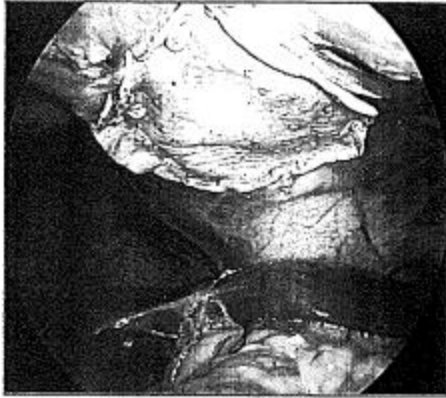


Fig. N° 11 Réparation de la hernie de Larrey par la mise en place de la prothèse

CAS N° 3

Cinq trocarts abdominaux sont utilisés, un de 10 mm pour le système optique de 30° à l'ombilic, et quatre de 5 mm pour les instruments (1 dans le flanc droit, 2 dans le flanc gauche et 1 en sous-xiphoidien).

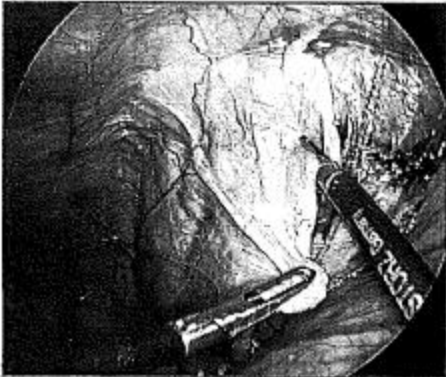


Fig. N° 12 Rétraction du sac herniaire et réexpansion des alvéoles du poumon droit

Après avoir libéré le défaut herniaire des anses grêles et coliques, ses bords sont libérés avec le crochet coagulateur et les ciseaux à ultrasons (Ultracision®). Après rétraction du sac herniaire par des pinces atraumatiques, on assiste à une ré-expansion immédiate des alvéoles pulmonaires comprimées (Fig. N° 12).

Le sac herniaire est complètement résecté grâce à une dissection minimale par des coups des ciseaux, en faisant attention de ne pas créer un pneumothorax (Fig. N° 13).

Le défaut herniaire est fermé par un surjet en polypropylène® et un drainage aspiratif est laissé pour 48 heures dans la cavité herniaire (Fig. N° 14).

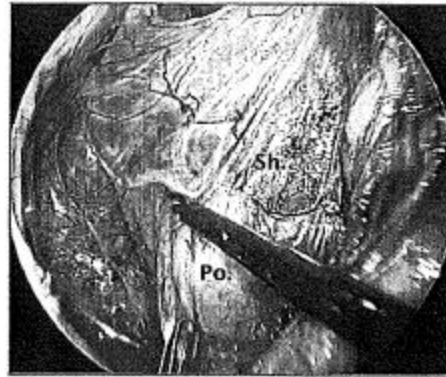


Fig. N° 13 Résection du sac herniaire : Po. = poumon droit, Sh. = sac herniaire

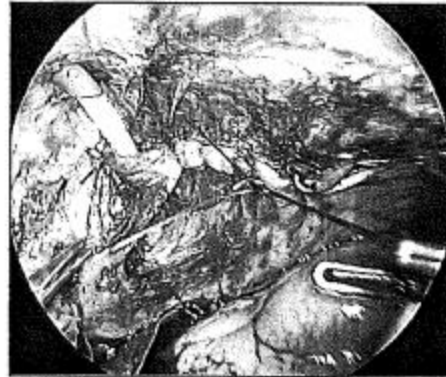


Fig. N° 14 Fermeture du défaut et mise en place d'un drainage aspiratif dans la cavité herniaire

Une prothèse Bard Composix E/X mesh® est placée en dessus de la fermeture du défaut et fixée par des agrafes métalliques Protack® (Fig. N° 15).



Fig. N° 15 Fixation de la prothèse par agrafes métalliques

### □ RÉSULTATS

Pendant l'intervention aucune complication n'a été enregistrée. Aucune conversion en chirurgie ouverte n'a été nécessaire.

L'intervention a duré 24 minutes pour le premier cas, 85 minutes pour le deuxième cas et 92 minutes pour le troisième cas.

Le séjour postopératoire s'est déroulé sans complications pour les deux premiers patients, avec une sortie autorisée au 2<sup>ème</sup> jour pour la première patiente et au 10<sup>ème</sup> jour pour le deuxième patient. Le séjour postopératoire de la troisième patiente s'est compliqué d'une tamponnade cardiaque apparue au 2<sup>ème</sup> jour, pour lequel la patiente a dû être réopérée en urgence par drainage péricardique, avec un résultat satisfaisant.

Avec un follow-up moyen de 15,3 mois (extrêmes 3-24) aucune complication tardive et aucune récurrence n'ont été enregistrées.

### □ DISCUSSION

La HL est un défaut diaphragmatique congénital. Le mécanisme est un trouble de l'embryogénèse dû à un élargissement d'un espace virtuel qui existe dans la composition musculaire du diaphragme [18, 19]. La partie latérale du diaphragme comprend 3 éléments différents antéro-postérieurement : pars sternalis, pars costalis, pars lumbalis ; l'espace entre la pars sternalis et costalis donne passage aux vaisseaux épigastriques [19]. Cet espace peut, par un défaut de fusion entre la pars sternalis et costalis, s'élargir et créer une hernie.

Son diagnostic peut être déjà fait à partir de la grossesse, grâce à la possibilité de la découvrir in utero [20]. D'autres anomalies congénitales peuvent être associées à la HRCX, comme une malrotation intestinale (26,7%), une maladie cardiaque congénitale (20%) ou un syndrome de Down (20%) [21]. Une hernie para-œsophagienne peut aussi être associée, surtout chez les patients adultes [22, 23]. Le côlon, le grêle et l'omentum pourront être intéressés dans la HL [12], comme cela était pour les premier et troisième de nos cas, alors que le grêle seul avec ou sans l'omentum est intéressé dans la HM. La présentation clinique du deuxième de nos patients confirme le risque d'occlusion intestinale, rapporté par Loong et al. de 12% chez les adultes [17]. Le diagnostic de la HRCX est bien documenté en littérature [15, 16] et deux examens seulement sont nécessaires : radiographie du thorax et scanner thoraco-abdominal. La possibilité d'une reconstruction tridimensionnelle du scanner avec un logiciel spécial donne la localisation exacte du défaut et montre également les organes intéressés. Une autre possibilité intéressante est la résonance magnétique multiplans avec acquisition spéciale [24]. Naturellement si le patient présente des problèmes respiratoires très invalidants, d'autres examens devront être réalisés étudiant la fonction respiratoire, comme ce fut le cas pour le troisième de nos patients.

Le traitement de la HRCX est chirurgical et a surtout été décrit par voie abdominale [1, 3, 7, 21, 25-41]. Trois rapports [42-44] décrivent un traitement par voie thoracique.

Le traitement par laparoscopie a été rapporté chez les adultes pour la première fois par Kuster et al. en 1992 [37], chez les enfants par Lima et al. en 2000 [3] et confirmé par Arca et al. en 2003 [30]. L'approche laparoscopique permet de rajouter tous les avantages de la laparoscopie (excellente image opératoire, traumatisme minimal, petites cicatrices, douleurs postopératoires minimales, séjour postopératoire court) à la possibilité de retirer sous contrôle de la vue les organes intéressés dans le défaut, à l'excellente exploration de la cavité herniaire grâce à une optique de 30°, et à la précision de la réparation qui suit, facilitée également par l'usage d'une optique avec zoom.

La cure de la HRCX peut être réalisée par une suture simple du défaut sans prothèse [3, 25, 27, 28-29, 31-33, 36-37] ou avec mise en place d'une prothèse [26, 28-29, 31, 34-35] et grâce à la laparoscopie par la technique d'une prothèse "tension-free" [38-41]. La fixation de la prothèse par des agrafes spécifiques est probablement valable quand le défaut est loin du péricarde. Si le défaut intéresse le péricarde mieux vaut mettre des points de fixation simple sans agrafes pour éviter une tamponnade cardiaque, comme cela est arrivé dans le dernier de nos cas. Une autre technique décrite et faisable surtout chez les enfants, consiste en la fermeture du bord postérieur et du bord antérieur pris en masse avec serrage de nœuds en sous-cutané [25].

En littérature il n'y a aucun consensus sur la décision de retirer [9, 27, 32] ou pas [28, 33, 36] le sac herniaire dans une cure de hernie diaphragmatique, où la possibilité des plaies pleurales reste toujours possible. Quand la procédure intéresse la résection du sac herniaire, il est conseillé de laisser un drainage en aspiration dans les 48 heures suivantes, mais aucun drainage n'est utilisé si le sac herniaire reste en place. La décision de fermer ou pas les orifices du défaut herniaire par des points, reste une option valable et probablement réalisable quand le sac herniaire est retiré complètement.

### □ CONCLUSION

La hernie de Larrey est un défaut diaphragmatique congénital, rare, asymptomatique avec un risque potentiel d'occlusion considérable. Le traitement par laparoscopie est réalisable, sûr, et permet des suites opératoires courtes.

\* Service de Chirurgie Digestive  
\*\* Service de Radiologie  
\*\*\* Service des Unités de Soins Intensifs  
CHU Saint-Pierre  
322 rue Haute  
1000 - Bruxelles - Belgique

## RÉSUMÉ

La hernie de Larrey est une hernie diaphragmatique de type rétro-costo-xiphoidien qui se présente à la droite du diaphragme. Elle représente 3 à 5 % des tous les défauts diaphragmatiques. Habituellement elle est asymptomatique et son diagnostic est possible grâce à deux examens : radiographie du thorax et scanner thoraco-abdominal. Le risque potentiel de cette hernie est l'incarcération de l'intestin, dont l'occlusion intestinale. Les auteurs rapportent leur expérience en décrivant trois cas, opérés par voie laparoscopique, entre février 2004 et octobre 2005.

## SUMMARY (KEY WORDS : Larrey hernia, Morgagni hernia, Laparoscopy)

The Larrey hernia is a retro-costo-xiphoid diaphragmatic hernia that is found on the right side of the diaphragm. It accounts for 3 to 5 % of all the diaphragmatic defects. Usually asymptomatic it can be diagnosed by two exams : chest X-ray and thoracoabdominal CT-scan. This hernia carries a potential risk of bowel incarceration with bowel obstruction. The authors report their experience and describe three cases repaired by laparoscopy between February 2004 and October 2005.

## RIASSUNTO (PAROLE CHIAVE : Ernia di Larrey, Ernia di Morgagni, Laparoscopia)

L'ernia di Larrey è un'ernia diaframmatica di tipo retrosternale, che si presenta nella parte destra del diaframma. Rappresenta il 3-5% di tutti i difetti diaframmatici. E' solitamente asintomatica e la diagnosi è possibile grazie a due esami : radiografia del torace e TAC torace-addome. Il rischio probabile dovuto a questa ernia è l'incarceramento dell'intestino, da cui un'occlusione intestinale. Gli autori riportano la loro esperienza descrivendo 3 casi, trattati per via laparoscopica, tra febbraio 2004 e ottobre 2005.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - TASKIN M, ZENGİN M, UNAL E, EREN D, KORMAN U : Laparoscopic repair of congenital diaphragmatic hernias. : *Surg. Endosc.* 2002 ; 16 : 869.
- 2 - LANTERI R, SANTANGELO M, RAPISARDA C, DI CATALDO A, LICATA A : Bilateral Morgagni-Larrey hernia : a rare cause of intestinal occlusion. : *Arch. Surg.* 2004 ; 139 : 1299-300.
- 3 - LIMA M, DOMINI M, LIBRI M, MORABITO A, TANI G, DOMINI R : Laparoscopic repair of Morgagni-Larrey hernia in a child. : *J. Pediatr. Surg.* 2000 ; 35 : 1266-8.
- 4 - TORFS CD, CURRY CJ, BATESON TE, HONORE LH : A population based study of congenital diaphragmatic hernia. : *Teratology* 1992 ; 46 : 555-65.
- 5 - ELLYSON JH, PARKS SN : Hernia of Moergagni in a trauma patients. : *J. Trauma* 1986 ; 26 : 569-70.
- 6 - CULLEN ML, KLEIN MD, PHILIPART AI : Congenital diaphragmatic hernia. : *Surg. Clin. North Am.* 1985 ; 65 : 1115-38.
- 7 - EROGLU A, KURKCUOGLU IC, KARAOGLANOGLU N, YILMAZ O : Combination of parasophageal hernia and Moergagni hernia in an old patient. : *Dis. Esophagus* 2003 ; 16 : 151-3.
- 8 - MOREAUX J : Hernies diaphragmatiques de l'adulte. : *Rev. Prat.* 1997 ; 47 : 277-81.
- 9 - RAU HG, SCARDEY HM, LANGE V : Laparoscopic repair of a Moergagni hernia. : *Surg. Endosc.* 1994 ; 8 : 1439-42.
- 10 - LEV-CHELOUCHE D, RAVID A, MICHOWITZ M, KLAUSNER JM, KLUGER Y : Moergagni hernia : unique presentations in elderly patients. : *J. Clin. Gastroenterol.* 1999 ; 28 : 81-2.
- 11 - GURNEY J, HARRISON WL, ANDERSON JC : Omental fat simulating pleural fat in traumatic diaphragmatic hernia : CT characteristics. : *J. Comput. Assist. Tomogr.* 1985 ; 9 : 1112-4.
- 12 - MINNECI PC, DEANS KJ, KIM P, MATHISEN DJ : Foramen of Moergagni hernia : changes in diagnosis and treatment. : *Ann. Thorac. Surg.* 2004 ; 77 : 1956-9.
- 13 - WOONG NA, DAYAN CM, VIRJEE J, HEATON KW : Acute respiratory distress secondary to Moergagni diaphragmatic herniation. : *Postgrad. Med. J.* 1995 ; 71 : 39-41.
- 14 - SCHNEIDAU A, BARON HJ, ROSIN RD : Moergagni revisited : a case of intermittent chest pain. : *Br. J. Radiol.* 1982 ; 55 : 238-40.
- 15 - YAMASHITA K, TSUNODAT : Three-dimensional computer images of Moergagni hernia. : *Am. J. Surg.* 2004 ; 187 : 109-10.
- 16 - ANTHES TB, THOONGSUWAN N, KARMIY-JONES R : Moergagni hernia : CT findings. : *Curr. Probl. Diagn. Radiol.* 2003 ; 32 : 135-6.
- 17 - LOONG TP, KOCHER HM : Clinical presentation and operative repair of hernia of Moergagni. : *Postgrad. Med. J.* 2005 ; 81 : 41-4.
- 18 - STEINER Z, MARES AJ : Anterolateral diaphragmatic hernia : is it a Moergagni hernia? : *Eur. J. Pediatr. Surg.* 1993 ; 3 : 112-4.
- 19 - KELLY KA, BASSETT DL : An anatomical reappraisal of the hernia of Moergagni. : *Surgery* 1964 ; 55 : 495.
- 20 - ROBERT-FILLY B, GOLDSTEIN RB, SAMPOR D, HOM M : Moergagni hernia : a rare form of congenital diaphragmatic hernia. : *J. Ultrasound Med.* 2003 ; 22 : 537-9.
- 21 - AL-SALEM AH, NAWAZ A, MATTA H, JACOBSZ A : Herniation through the foemen of Moergagni : early diagnosis and treatment. : *Pediatr. Surg. Int.* 2002 ; 18 : 93-7.
- 22 - NGAAGE DL, YOUNG RA, COWEN ME : An unusual combination of diaphragmatic hernias in a patient presenting with the clinical features of restrictive pulmonary disease : report of a case. : *Surg. Today* 2001 ; 31 : 1079-81.
- 23 - COKMEZ A, DURAK E : Laparoscopic repair of Moergagni hernia and parasophageal hernia on the same patient. : *Surg. Endosc.* 2003 ; 17 : 660.
- 24 - TYRELL D, MOHAMED E, PAVLIDES C, KUTALEK S, MULHERN C, NUNES LW : Half-fourier acquisition single-shot turbo spin echo imaging in the diagnosis of Moergagni hernia. : *J. Magn. Reson. Imaging* 2001 ; 14 : 653-7.
- 25 - AZZIE G, MAOATE K, BEASLEY S, RETTIEF W, BENSOUSSAN A : A simple technique of laparoscopic full-thickness anterior abdominal wall repair of retrosternal hernias. : *J. Pediatr. Surg.* 2004 ; 39 : 249-50.
- 26 - MARIN-BLAZQUEZ AA, CANDEL MF, PARRA PA, ET AL. : Moergagni hernia : repair with a mesh using laparoscopic surgery. : *Hernia* 2004 ; 8 : 70-2.
- 27 - BEN TAHAR CH, SAAFI F, SELMI M, ET AL. : Cure laparoscopique d'une hernie rétro-costo-xiphoidienne. : *Le Jour. de Chir. 2004 ; 52 : 29-31.*
- 28 - CHANG TH : Laparoscopic treatment of Moergagni-Larrey hernia. : *W. V. Med. J.* 2004 ; 100 : 14-7.
- 29 - KURKCUOGLU IC, EROGLU A, KARAOGLANOGLU N, POLAT P, BALIK AA, TEKINBAS C : Diagnosis and surgical treatment of Moergagni hernia : report of three cases. : *Surg. Today* 2003 ; 33 : 525-8.
- 30 - ARCA MJ, BARNHART DC, LELLI JL, ET AL. : Early experience with minimally invasive repair of congenital diaphragmatic hernias : results and lessons learned. : *J. Pediatr. Surg.* 2003 ; 38 : 1563-8.
- 31 - RODRIGUEZ HERMOZA JJ, TUCA RODRIGUEZ F, RUIZ FELIU B, ET AL. : Diaphragmatic hernia of Moergagni-Larrey in adults : analysis of 10 cases. : *Gastroenterol. Hepatol.* 2003 ; 26 : 535-40.

## Hernies diaphragmatiques

- 32 - RIDAI M, BOUBIA S, KAFH M, ZEROUALI ON : Larrey ou Morgagni hernias treated by laparoscopy. : *Presse Med.* 2002 ; 31 : 1364-5.
- 33 - ANGRISANI L, LORENZO M, SANTORO T, SODANO A, TESAURO B : Hernia of foramen of Morgagni in adult : case report of laparoscopic repair. : *J.S.L.S.* 2000 ; 4 : 177-81.
- 34 - CAPPELLARI L, MORSIANI E, AZZENA G : Laparoscopic treatment of the Morgagni-Larrey diaphragmatic hernia. : *Le Jour. de Cœlio-chir.* 1999 ; 30 : 85-8.
- 35 - ORITA M, OKINO M, YAMASHITA K, MORITA N, ESATO K : Laparoscopic repair of diaphragmatic hernia through the foramen of Morgagni. : *Surg. Endosc.* 1997 ; 11 : 668-70.
- 36 - VINARD JL, PALAYODAN A, COLLOMB P : Traitement cœlioscopique en urgence d'une hernie diaphragmatique de Morgagni. : *Le Jour. de Cœlio-chir.* 1996 ; 20,46-51.
- 37 - KUSTER GG, KLINE LE, GARZO G : Diaphragmatic hernia through the foramen of Morgagni : laparoscopic repair case report. : *J. Laparoendosc. Surg.* 1992 ; 2 : 93-100.
- 38 - PERCIVALE A, STELLA M, DURANTE V, et al. : Laparoscopic treatment of Morgagni-Larrey hernia : technical details and report of a series. : *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* 2005 ; 15 : 303-7.
- 39 - BERRETTA S, BARBAGALLO E, ANGIRILLO G, ET AL : Tension-free prosthetic videolaparoscopic repair of adult Morgagni-Larrey hernia. : *Minerva Chir.* 2003 ; 58 : 119-22.
- 40 - IPEK T, ALTINLI E, YUCEYAR S, ERTURK S, EYUBOGLU E, AKCAL T : Laparoscopic repair of a Morgagni-Larrey hernia : report of three cases. : *Surg. Today* 2002 ; 32 : 902-5.
- 41 - FILIPI CJ, MARSH RE, DICKASON TJ, GARDNER OC : Laparoscopic repair of a Morgagni hernia. : *Surg. Endosc.* 2000 ; 14 : 966-7.
- 42 - KILIC D, NADIR A, DONER E, ET AL : Transthoracic approach in surgical management of Morgagni hernia. : *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2001 ; 20 : 1016-9.
- 43 - KUMAR RV, RAMANA DV, GOPAL PR : Giant Morgagnian hernia masquerading as pleural effusion. : *J. Indian Med. Assoc.* 2004 ; 102 : 98-9.
- 44 - JUTTNER FM, PINTER H, FRIEHS G : Paramediastinale Läsion mit Formänderung im Thoraxrontgen Gleitende Morgagni-hernie. : *Chirurg* 1986 ; 57 : 51-2.

### XV<sup>ème</sup> VIDÉOFORUM DE CŒLIO-CHIRURGIE

VALENCE 24 NOVEMBRE 2006

Organisateur : E. Estour

Présidents : Ph. Mouret, J. Périssat, J. Mouïel

Avec la participation de H. Allal, S. Azagra, J.G. Balique, G.F. Begin, J.C. Berthou, J. Boulez, P. Cougard, J. Dargent, J. Desplantez, P. Dubernard, Ph. Espalieu, G. Fromont, B. Ghavami, D. Gosso, J. Himpens, J. Leroy, P. Loinier, Ph. Montupet, M. Morino, U. Parini, M. Papillon, L. Potiron, F. Psalmon, O. Reinberg, P. Rignier, C.A. Sartori, J. Tostain, J.S. Volle, A. Wattiez...

**L'actualité en cœlio-chirurgie pratique**  
**viscérale, pariétale, colique, carcinologique, endocrinienne, urologique et pédiatrique**

Proposition de vidéos originales d'une durée de 3, 5 ou 7 minutes à adresser avant le 15 mai 2006 à

Srec Diffusion, 268 Avenue Victor Hugo, 26000 Valence

Tél. : 04 75 78 30 64 - Fax : 04 75 78 30 77 - E.mail : srec@ccelio-surgery.com