

# L'IMAGE DU MOIS

## PSEUDO-HERNIE ABDOMINALE POST-ZOSTÉRIENNE

ABSIL G (1), BOUQUIAUX O (2), WANG FC (2), KAUX JF (2), NIKKELS AF (1)

**RÉSUMÉ** : La névralgie post-zostérienne est la complication la plus redoutée du zona, et son incidence augmente avec l'âge. Néanmoins, environ 5 % des patients peuvent également présenter une atteinte motrice appelée parésie segmentaire zostérienne (PSZ) et dont la clinique dépend du dermatome affecté. La pseudohernie abdominale est une forme exceptionnelle de PSZ, dépendant des dermatomes T6-L1. Reconnaître cette complication rare permet d'éviter des explorations et des interventions inutiles. Il n'y a pas de traitement spécifique et, en règle générale, l'évolution est spontanément favorable en quelques mois.

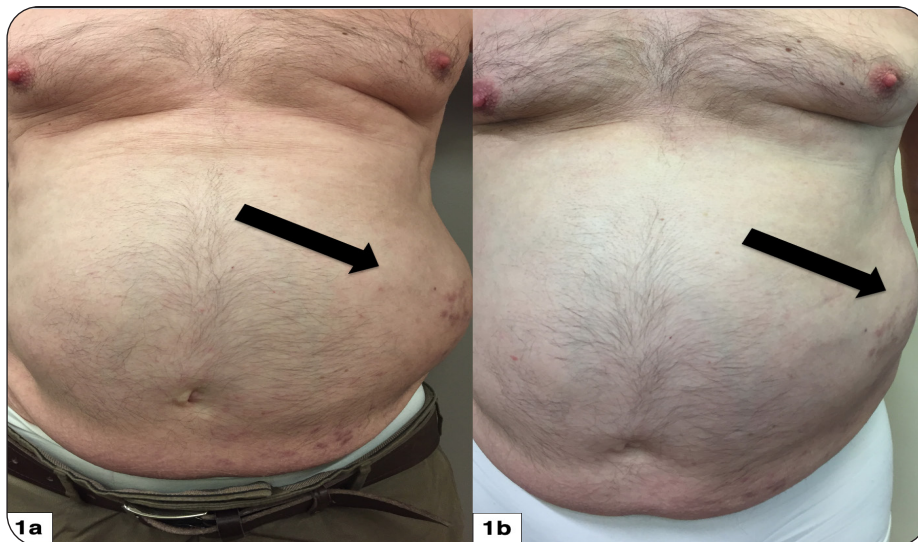
**MOTS-CLÉS** : Zona - Parésie segmentaire zostérienne - Pseudo-hernie abdominale - Complication - Electromyographie

### POSTHERPETIC ABDOMINAL PSEUDOHERNIA

**SUMMARY** : Postherpetic neuralgia is the most feared complication of herpes zoster (HZ). The incidence increases with age. Nevertheless, around 5 % of HZ patients will experience a motor deficiency known as segmental zoster paresis (SZP) according to the affected dermatome. Abdominal pseudohermia is an exceptional clinical presentation of SZP, involving the T6-L1 dermatomas. The recognition of this rare complication of HZ prevents unnecessary explorations and interventions. There is no specific treatment but in general the evolution is favorable and spontaneous healing is observed within several months.

**KEYWORDS** : Herpes zoster - Segmental zoster paresis - Abdominal pseudohermia - Complication - Electromyography

**Figure 1.** 1a. Protrusion abdominale du flanc gauche.  
1b. Régression significative après 2 mois.



### OBSERVATION CLINIQUE

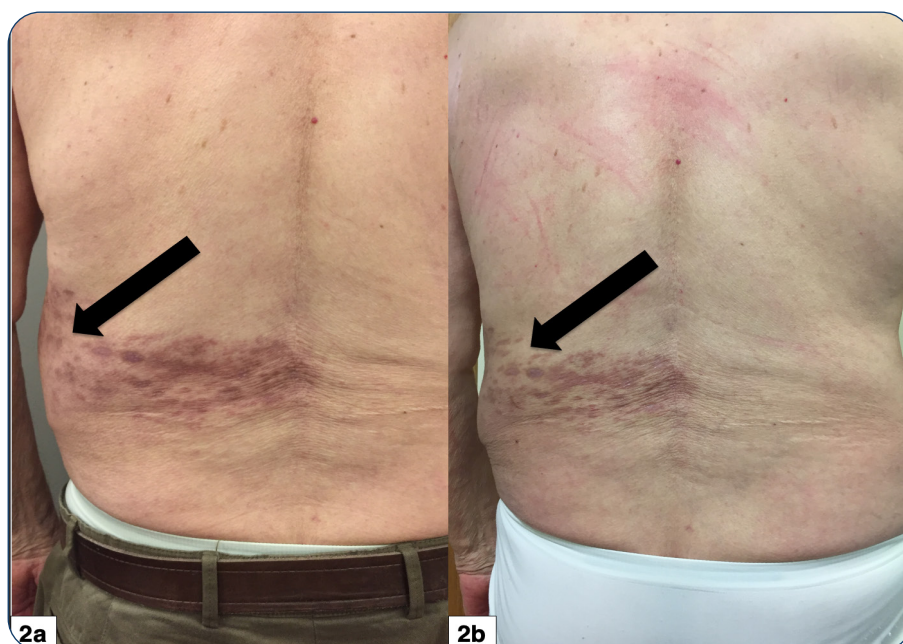
Un patient de 77 ans se présente avec une protrusion abdominale douloureuse du flanc gauche survenue deux mois auparavant. Une mise au point scannographique avait déjà exclu une hernie abdominale et une masse sous-cutanée ou intra-abdominale. Quelques jours avant l'apparition de cette protrusion, le patient a pré-

senté un zona thoracique traité par valaciclovir à la posologie de 1.000 mg 3 fois par jour pendant 7 jours.

L'examen clinique confirme une asymétrie marquée des flancs avec protrusion de la paroi abdominale en regard du flanc gauche (Figure 1a). Dans la même région, la présence de nombreuses macules violacées dans le territoire du dermatome T11, compatibles avec des cicatrices post-zostériennes hyperpigmentées (Figure 1b), sont observées. Une électromyographie à l'aiguille met en évidence des signes de dénervation partielle aiguë au niveau du muscle oblique externe gauche (innervé par les nerfs intercostaux) : la dénervation aiguë est

(1) Service de Dermatologie, CHU Liège, Belgique.  
(2) Service de Médecine Physique, CHU, Liège, Belgique.

**Figure 2. 2a. Cicatrices post-inflammatoires du zona thoracique T11  
2b. Amélioration significative de l'aspect cicatriciel après 2 mois.**



attestée par la présence au repos de fibrillations et de pointes positives dans 50 % des plages étudiées et de potentiels d'unité motrice d'allure polyphasique (5 phases ou plus), témoignant d'une réinnervation musculaire en cours.

Le diagnostic de pseudo-hernie abdominale post-zostérienne est retenu et une abstention thérapeutique est proposée. Vu la présence concomitante de douleurs post-zostériennes, le patient est placé sous gabapentine 300 mg/jour. Deux mois plus tard, une résolution presque complète de la pseudo-hernie et une légère amélioration de l'état inflammatoire cutané du zona sont déjà constatées (Figures 2a et 2b). Néanmoins, les douleurs post-zostériennes restent toujours aussi invalidantes.

## DISCUSSION

Le virus varicelle-zona (VZV) est responsable de la varicelle, survenant le plus souvent durant l'enfance sous la forme d'une éruption cutanée caractéristique, accompagnée d'une virémie au cours de laquelle le VZV devient latent à vie dans les ganglions nerveux. À la faveur de l'âge ou d'une immunodépression, une réactivation virale ganglionnaire peut survenir. La réplication virale est suivie d'une migration virale transaxonale antidromique le long du nerf sensitif vers l'épiderme, se manifestant par une éruption

vésiculeuse dans un dermatome donné, cliniquement appelé zona (1-3).

La complication la plus fréquente et la plus redoutée est la névralgie post-zostérienne, responsable de douleurs parfois insupportables et dont la prévalence augmente avec l'âge (1-4).

Beaucoup moins fréquente est la parésie segmentaire zostérienne (PSZ), associée au zona chez 0,5 % à 5 % des patients (5). Néanmoins, elle est probablement sous-rapportée puisque dans près de 70 % des cas, le zona survient dans des régions dont la fonction motrice est difficile à évaluer, à savoir celles innervées par la branche ophtalmique du nerf trijumeau, les racines cervicales C2-C3 ou les racines thoraciques (6).

La physiopathologie impliquerait une inflammation liée à la diffusion du virus de la racine dorsale vers les cellules de la corne antérieure de la moelle épinière, ou vers les racines ventrales, les plexus ou les nerfs périphériques. Cette inflammation provoquerait un déficit neurologique via une hypervascularisation des structures périnerveuses (7).

La parésie motrice survient, le plus souvent, quelques jours ou semaines après le zona (mais peut parfois la précéder) et se manifeste par une déficience motrice, plus ou moins sévère, dans le myotome correspondant au dermatome atteint par le zona (6, 8).

Ce phénomène touche le plus souvent la motricité somatique unilatérale de la face (paralysie faciale de Bell), suivie par celle du membre supérieur (6). Les manifestations viscérales sont beaucoup plus rares, telles que l'atteinte vésicale avec cystite et rétention urinaire, la pseudo-obstruction colique avec constipation (syndrome d'Ogilvie) ou encore la paralysie diaphragmatique (9, 10).

La pseudo-hernie abdominale est une forme exceptionnelle de PSZ (prévalence estimée à 0,2 %), liée à l'atteinte motrice des dermatomes T6-L1 (8-11). La relaxation de la paroi abdominale conduit à une protrusion de l'abdomen ou du flanc, sans défaut musculaire ou aponévrotique sous-jacent. Les hommes sont plus souvent touchés (77,8 %) et le dermatome T11 est impliqué dans la moitié des cas (12).

Le diagnostic de PSZ est essentiellement clinique, lors d'un rash typique de zona en présence d'une faiblesse motrice dans le même dermatome. Les examens radiologiques (échographie, IRM) (13) permettent d'exclure d'autres causes de protrusion abdominale. L'IRM peut mettre en évidence des signes non spécifiques de dénervation aiguë (5,14). L'électrophysiologie permet de démontrer l'étendue et la sévérité de l'atteinte nerveuse, et objective la présence d'activités spontanées anormales comme des fibrillations et des potentiels lents ou pointes positives (13-15).

Le pronostic de la PSZ est généralement favorable : 75 % des patients récupèrent partiellement ou complètement dans un intervalle de 1 à 2 ans (16). Curieusement, le temps moyen de récupération de la pseudo-hernie abdominale est beaucoup plus rapide (4,9 mois) (12). L'administration endéans les 72 heures après l'apparition des lésions cutanées d'un traitement antiviral pourrait, par ailleurs, améliorer l'évolution clinique (17). Le traitement antalgique, la prévention de l'atrophie et des contractures ainsi que le renforcement des muscles affaiblis peuvent également être proposés (15).

## CONCLUSION

La parésie segmentaire zostérienne est une complication rare et méconnue du zona, dont la pseudo-hernie abdominale représente une forme exceptionnelle. Le diagnostic clinique peut être conforté par un examen électromyographique à l'aiguille. Sa reconnaissance permet d'éviter des examens et des interventions inutiles, puisque l'évolution est généralement spontanément favorable.

## BIBLIOGRAPHIE

1. El Hayderi L, Rübber A, Nikkels AF. The alpha-herpesviridae in dermatology : Varicella zoster virus. *Hautarzt* 2017;**68** (Suppl1):6-10.
2. Werner RN, Nikkels AF, Marinović B, et al. European consensus-based (S2k) Guideline on the management of Herpes Zoster - guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Part 1: Diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;**31**:9-19.
3. Werner RN, Nikkels AF, Marinović B, et al. European consensus-based (S2k) Guideline on the management of Herpes Zoster - guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Part 2: Treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;**31**:20-9.
4. Kost RG, Strauss SE. Postherpetic Neuralgia - Pathogenesis, treatment, and prevention. *N Engl J Med* 1996;**335**:32-42.
5. Liu Y, Wu BY, Ma ZS, et al. A retrospective case series of segmental zoster paresis of limbs : clinical, electrophysiological and imaging characteristics. *BMC Neurol* 2018;**18**:121.
6. Yoleri O, Ölmez N, Öztura I, et al. Segmental zoster paresis of the upper extremity : a case report. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;**86**:1492-4.
7. Hanakawa T, Hashimoto S, Kawamura J, et al. Magnetic resonance imaging in a patient with segmental zoster paresis. *Neurology* 1997;**49**:631-2.
8. Park SH, Lee SH. Segmental zoster abdominal paresis (zoster pseudohermia) preceding a skin rash. *Eur J Dermatol* 2017;**27**:534-5.
9. Anaya-Prado R, Perez-Navarro JV, Corona-Nakamura A, et al. Intestinal pseudo-obstruction caused by herpes zoster : case report and pathophysiology. *World J Clin Cases* 2018;**6**:132-8.
10. Saleem MA, Mustafa Z, Qayyum N, et al. Unusual case of hemidiaphragmatic paralysis secondary to cervical herpes zoster. *BMJ Case Rep* 2018. Published online first. doi:10.1136/bcr-2017-222229.
11. Barroso FA. Abdominal distension due to herpes zoster. *Medicina (B Aires)* 2002;**62**:53-4.
12. Chernev I, Dado D. Segmental zoster abdominal paresis (zoster pseudohermia): a review of the literature. *PM R* 2013;**5**:786-90.
13. Ohno S, Togawa Y, Chiku T. Postherpetic pseudohermia : delayed onset of paresis of abdominal muscles due to herpes zoster causing an ipsilateral abdominal bulge. *BMJ Case Rep* 2016. Published online first. doi :10.1136/bcr-2016-215377.
14. Miranda-Merchak A, Garcia N, Vallejo R et al. MRI findings of postherpetic abdominal wall pseudohermia : a case report. *Clin Imaging* 2018;**50**:109-112.
15. Chen GB, Tuan SH, Liou IH. Segmental zoster paresis of unilateral upper extremity : a case report and literature review. *Medicine (Baltimore)* 2020; **99**: e20466.
16. Merchut MP, Gruener G. Segmental zoster paresis of limbs. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 1996;**36**:369-75.
17. Mondelli M, Romano C, Della Porta P, et al. Electrophysiological findings in peripheral fibres of subjects with and without post-herpetic neuralgia. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1996;**101**:185-91.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Absil G, Service de Dermatologie, CHU Liège, Belgique.  
Email : dermatologie@uliege.be