

## Chapitre 25 - Item 286 - UE 8

# Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte

- I. Anatomie - Définitions
- II. Diagnostic d'une hernie de l'aîne
- III. Argumenter l'attitude thérapeutique

### OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

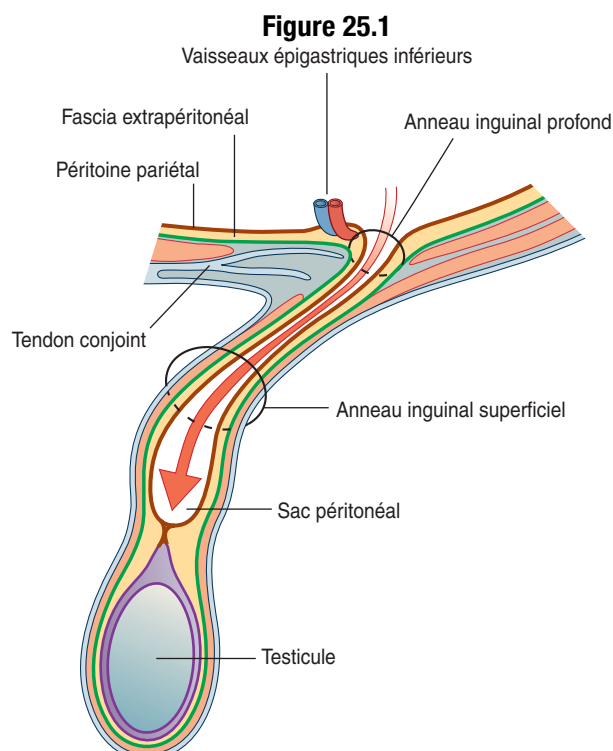
- Diagnostiquer une hernie inguinale de l'enfant et de l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

### I. Anatomie - Définitions

Une hernie est le passage d'une partie du contenu abdominal au travers d'un orifice musculo-aponévrotique naturel.

On parle de hernie pariétale lorsqu'un sac péritonéal franchit le fascia transversalis. C'est le cas des hernies ombilicales ou des hernies de l'aîne (inguinales et crurales).

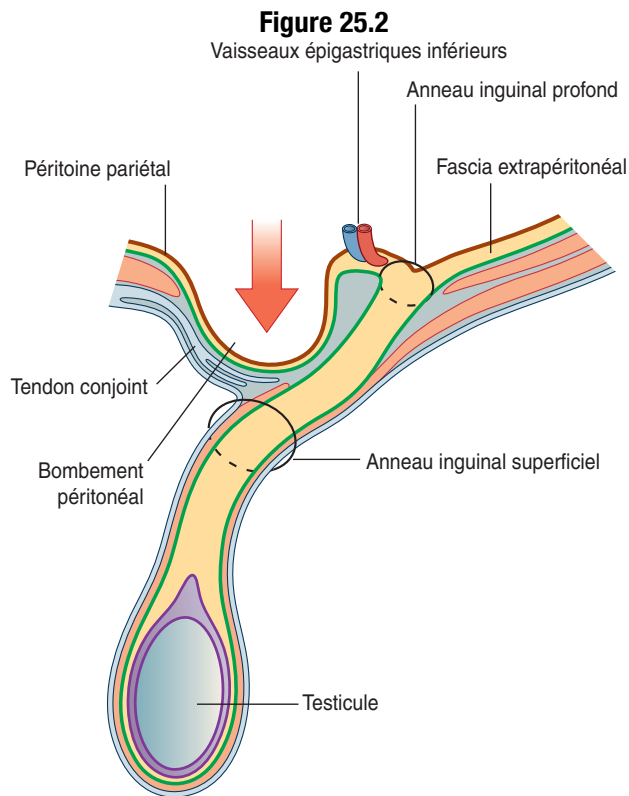
La région inguinale est située à la jonction entre l'abdomen et la cuisse et est séparée en deux par l'arcade crurale (**figure 25.1**). La ligne de Malgaigne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis correspond à la projection cutanée de l'arcade crurale. Les hernies dont le collet est situé au-dessus de l'arcade crurale sont des hernies inguinales ; celles dont le collet est situé au-dessous sont dites crurales.



Les hernies inguinales peuvent être acquises ou congénitales.

Les hernies congénitales représentent plus de 95 % des hernies de l'enfant. Elles sont obliques externes et secondaires à une absence d'oblitération du canal péritonéo-vaginal chez le garçon (90 % des cas) ou du canal de Nüch chez la fille.

Les hernies inguinales acquises peuvent être directes (la hernie passe par le fascia transversalis) ou indirectes – obliques externes (le sac herniaire passe par l'orifice inguinal profond et longe le cordon spermatique ou le ligament rond) (**figure 25.2**).



## II. Diagnostic d'une hernie de l'aine

### A- Diagnostic positif

La hernie est souvent responsable d'une gêne de la région inguinale qui apparaît ou augmente lors des efforts ou de la toux ou en fin de journée. Elle peut être asymptomatique.

Il existe une tuméfaction de la région inguinale apparaissant à la station debout prolongée. Cette tuméfaction peut descendre dans la bourse homolatérale en cas de hernie oblique externe.

L'examen doit être réalisé couché, sans puis avec efforts de poussée, puis +++ debout. Il doit être bilatéral. Le diagnostic de hernie de l'aine non compliquée est clinique par la palpation d'une tuméfaction indolore, impulsive et expansive à la toux et surtout réductible. Tous les orifices herniaires doivent être palpés : controlatéral et ombilical.

Il faut chercher des facteurs de risque de hernie : broncho-pneumopathie chronique obstructive, toux chronique, constipation, dysurie.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

## 1. Hernie inguinale

La tuméfaction est située au-dessus de la ligne de Malgaigne joignant l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. En cas de hernie oblique externe, le doigt recouvert du scrotum réduit la hernie en décrivant un trajet oblique en haut et en dehors. Les battements des vaisseaux épigastriques sont perçus en dedans. En cas de hernie directe, la hernie se réduit par un trajet direct antéro-postérieur et les battements des vaisseaux épigastriques sont perçus en dehors.

## 2. Hernie crurale

- 10 % des hernies de l'aîne.
- Survient presque toujours chez la femme.
- Diagnostic difficile en cas de surcharge pondérale.

La tuméfaction est située dans la région inguinale mais en dessous de la ligne de Malgaigne et en dedans des vaisseaux iliaques externes, à la racine de la cuisse.

## B- Diagnostic différentiel

Lipome et adénopathies inguinales sont d'autres causes de tuméfaction inguinale mais qui à la différence des hernies non étranglées sont irréductibles.

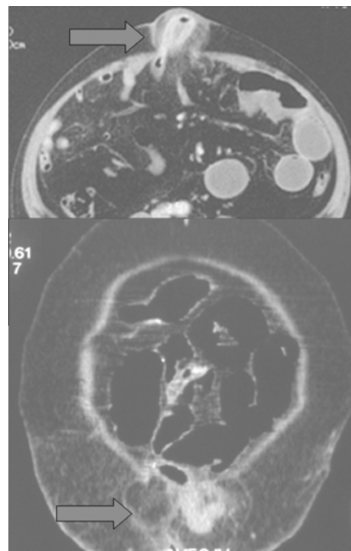
L'éventration est une complication pariétale consécutive à une plaie, le plus souvent d'origine chirurgicale. On note une cicatrice en regard.

Une hydrocèle ou un kyste volumineux du cordon peuvent parfois être confondus avec une hernie oblique externe. La transillumination et le caractère non réductible permettent le diagnostic différentiel. Le recours à l'échographie doit être exceptionnel.

## C- Hernie étranglée

Toutes les hernies peuvent se compliquer d'étranglement. Cette complication est plus fréquente en cas de hernie crurale qu'en cas de hernie inguinale (**figure 25.3**).

**Figure 25.3**  
**Hernie ombilicale étranglée. En haut : vue axiale. En bas : vue coronale antérieure**



Le tableau clinique est dominé par une douleur de survenue brutale de l'aîne permanente et parfois associée à des signes occlusifs : nausées, vomissements, arrêt des gaz et des matières, ballonnement abdominal. Ces signes digestifs peuvent manquer en cas d'incarcération isolée d'une frange épiploïque.

Le diagnostic clinique est évident devant la présence d'une tuméfaction inguinale douloureuse, non expansive et non impulsive à la toux et surtout irréductible, les tentatives de réduction augmentant la douleur spontanée.

En raison du risque de nécrose digestive, il s'agit d'une urgence chirurgicale.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire en dehors de ceux demandés par l'anesthésiste pour l'intervention.

### **III. Argumenter l'attitude thérapeutique**

#### **A- Moyens**

Le traitement des hernies inguinales est chirurgical. Chez l'adulte, l'intervention consiste à réduire la hernie et à réparer la paroi abdominale alors que chez l'enfant seule la réduction de la hernie avec résection du sac est nécessaire.

De nombreux procédés de réparation ont été décrits. La voie d'abord peut être inguinale ou coelioscopique. En cas d'abord inguinal, l'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale, loco-régionale (rachianesthésie ou péridurale) ou générale. La réparation peut être directe par suture musculo-aponévrotique par exemple en plicaturant le fascia transversalis puis abaissant le tendon conjoint à l'arcade crurale par plusieurs surjets aller-retour comme dans l'intervention de Shouldice. Elle peut également se faire par interposition d'une prothèse en tissu synthétique non résorbable comme dans l'intervention de Lichtenstein. Les interventions par voie coelioscopique se font sous anesthésie générale et la réparation se fait toujours avec une prothèse.

#### **B- Indications**

En raison d'un risque d'étranglement élevé, les hernies crurales doivent être opérées.

L'indication opératoire est également formelle en cas de hernie inguinale chez un enfant de plus de 6 mois.

Ou, chez l'adulte, en cas de hernie inguinale douloureuse et/ou difficile à réduire si le risque anesthésique est acceptable.

En cas de hernie inguinale totalement asymptomatique, le risque d'étranglement est extrêmement faible (0,002 événement par année-patient). En cas d'étranglement, le risque opératoire chez des patients de plus de 70 ans est majoré avec une mortalité variant de 3 à 13 % contre moins de 0,3 % en cas de cure de hernie en dehors de l'urgence.

En dehors des patients ayant des comorbidités importantes ou ayant une espérance de vie courte, la cure chirurgicale d'une hernie inguinale doit être réalisée chez les patients qui le souhaitent.

## C- Résultats

L'intervention est le plus souvent réalisée en hôpital de jour (chirurgie ambulatoire). Elle dure environ une heure. La douleur post-opératoire est modérée et n'excède en général pas quelques jours. Les efforts abdominaux doivent être évités pendant près d'un mois.

Les complications peropératoires sont rares :

- hémorragie par plaie d'un vaisseau épigastrique ou fémoral ;
- section du canal déférent ;
- lésion d'un nerf inguinal ou crural ;
- plaie du contenu de la hernie (grêle, vessie, côlon).

Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont :

- l'hématome qui doit être immédiatement évacué s'il est important ;
- l'infection qui peut être grave après pose d'une prothèse et nécessiter l'ablation du matériel.

Les complications tardives sont rares hormis les douleurs résiduelles dont se plaignent près de 5 % des patients. Ces douleurs sont souvent minimales, dues à une lésion nerveuse ou à une tension excessive sur les muscles.

Le risque de récurrence est inférieur à 5 %. Les taux de récurrence sont plus bas et la douleur post-opératoire moins importante en cas d'intervention avec prothèse.

### POINTS CLEFS

- **Pathologie fréquente : 150 000 cures de hernies chaque année en France.**
- **Diagnostic clinique : tuméfaction réductible par un orifice naturel.**
- **L'examen doit être réalisé couché, sans puis avec efforts de poussée, puis ++ debout. Il doit être bilatéral.**
- **Risque = étranglement : tuméfaction douloureuse, irréductible, parfois associée à une occlusion. Urgence chirurgicale.**
- **Le traitement des hernies est chirurgical et réalisé en général en ambulatoire. L'intervention consiste à réduire la hernie et à réparer la paroi abdominale.**
- **Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont : l'hématome qui doit être immédiatement évacué s'il est important ; l'infection qui peut être grave après pose d'une prothèse et nécessiter l'ablation du matériel.**
- **En raison du risque d'étranglement élevé, les hernies crurales doivent toutes être opérées.**
- **L'indication opératoire est également formelle en cas de hernie inguinale chez un enfant de plus de 6 mois.**
- **Ou, chez l'adulte, en cas de hernie inguinale douloureuse si le risque anesthésique est acceptable.**
- **En cas de hernie inguinale totalement asymptomatique, le risque d'étranglement est extrêmement faible.**