

Item 245 – Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte

I. ANATOMIE – DÉFINITIONS

II. DIAGNOSTIC D'UNE HERNIE INGUINALE

III. ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE

Objectifs pédagogiques

- ▮ 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 correspond au passage d'une partie du contenu abdominal au travers d'un orifice musculo-aponévrotique naturel mais anormalement élargi. 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 comprenant les hernies 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 (fig. 23.1 cahier quadri). La ligne de Maligne 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 ; le collet des hernies crurales est situé au-dessous de l'arcade crurale.

Les hernies inguinales peuvent être acquises ou congénitales. Les hernies congénitales représentent plus de 95 % des hernies de l'enfant. Ce sont des hernies obliques externes qui sont secondaires à une absence d'oblitération du canal péritonéo-vaginal chez le garçon (90 % des cas) ou du canal de Nuck chez la fille. Les hernies inguinales acquises peuvent être directes (la hernie passe par le *fascia transversalis*) ou indirectes ou obliques-externes (le sac herniaire passe par l'orifice inguinal profond et longe le cordon spermatique ou le ligament rond) (fig. 23.2 cahier quadri).

II. DIAGNOSTIC D'UNE HERNIE INGUINALE

A. Diagnostic positif

La hernie peut être asymptomatique. Le patient consulte alors pour une tuméfaction de la région inguinale souvent absente le matin au réveil et apparaissant à la station debout prolongée. Cette tuméfaction peut descendre dans la bourse homolatérale en cas de hernie oblique externe. La hernie est souvent responsable de douleurs ou plutôt d'une gêne à type de pesanteur de la région inguinale qui apparaît ou augmente lors des efforts ou de la toux.

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. Cette 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.

Tous les orifices herniaires doivent être palpés : controlatéral bien sûr et ombilical. L'examen doit chercher des facteurs de risque de hernie : broncho-pneumopathie chronique obstructive, toux chronique, constipation, dysurie. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

B. Diagnostic différentiel

1. Hernie crurale

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. La hernie crurale représente 10 % des hernies de l'aine et survient presque toujours chez la femme. Le diagnostic peut être difficile en cas de surcharge pondérale.

2. Autres diagnostics différentiels

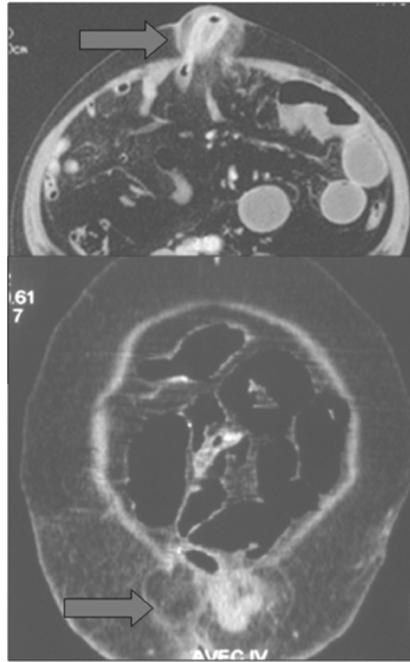
Lipome et adénopathies inguinales sont d'autres causes de tuméfaction inguinale mais elles sont non réductibles.

L'éventration est une complication pariétale consécutive à une plaie, le plus souvent d'origine chirurgicale.

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 cependant plus fréquente en cas de hernie crurale qu'en cas de hernie inguinale (fig. 23.3).

► **Fig. 23.3.** Hernie ombilicale étranglée. ►

Le tableau clinique est dominé par une douleur de survenue brutale, de siège inguinal, permanente et parfois associée à des signes occlusifs : nausées, vomissements, arrêt des gaz et des matières, ballonnement abdominal. Les 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 d'infarctissement et 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, locorégionale (rachianesthésie ou péridurale) ou générale. La réparation peut être directe par suture musculo-aponévrotique (par

CONNAISSANCES – HERNIE PARIÉTALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

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 qui est placée par voie abdominale ou sous péritonéale.

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 symptomatique si le risque anesthésique est acceptable.

En cas de hernie inguinale totalement asymptomatique, éventualité assez rare, le risque d'étranglement est extrêmement faible (0,002 événements 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

La durée d'intervention est de l'ordre d'une heure, un peu plus longue en cas de cure par voie coelioscopique. L'intervention peut être réalisée en hôpital de jour, sinon la durée d'hospitalisation est souvent très brève n'excédant pas 48 h en dehors de complications. La douleur post-opératoire est modérée et n'excède pas quelques jours. La reprise des activités est souvent rapide mais les efforts abdominaux doivent être évités pendant près d'un mois.

Les complications per-opératoires 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, colon).

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 ;
- le « sérome », collection liquidienne souvent indolore qui se résorbe spontanément.

Les complications tardives sont rares hormis les douleurs résiduelles dont se plaignent près de 5 % des patients. Ces douleurs sont souvent minimes, dues à une lésion nerveuse ou à une tension excessive sur les muscles. Parmi les autres complications tardives, on peut noter l'atrophie testiculaire et l'hydrocèle. 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 clés

- Pathologie fréquente : 150 000 cures de hernies chaque année en France.
- Diagnostic clinique : tuméfaction inguinale réductible.
- Risque = étranglement : tuméfaction douloureuse, irréductible parfois associée à une occlusion. Urgence chirurgicale.
- Traitement chirurgical.



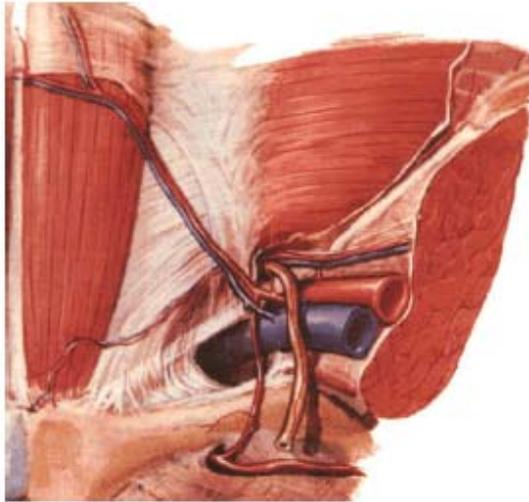


Fig. 23.1. Vue interne de la région inguinale : le canal déférent est au-dessus de l'arcade fémorale.

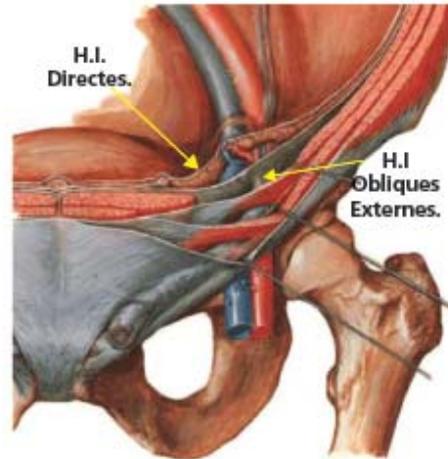


Fig. 23.2. Hernies inguinales.