

hernies

Pathologie très fréquente.

I/ Définition

Issue d'un diverticule péritonéal, au niveau d'un point faible de la paroi abdominale. *Le péritoine a tendance à sortir de la cavité abdominale par des points faibles* (anatomiquement prévisible ; peut être aggravé par une prédisposition congénitale ou acquise) : *souvent des espaces intra- musculaires.*

II/ Caractères généraux

Toutes hernies, quelque soit son type, peut se définir par :

- son **trajet**
- ses **enveloppes**
- son **contenu**

◆ Le trajet d'une hernie :

Simple orifice fibreux = **hernie ombilicale.**

Canal musculo- aponévrotique avec un orifice interne, un trajet et un orifice externe = **hernie inguinale.**

◆ Les enveloppes :

Le sac herniaire = diverticule péritonéal dans lequel s'engage les viscères prolapsés.

Corps, collet, lipome préherniaire.

Plus le collet d'une hernie est petit, plus le risque d'étranglement est important.

Le lipome préherniaire correspond à de la graisse située dans le trajet de la hernie et qui précède l'arrivée d'organe (intestin grêle) dans le sac péritonéal.

◆ Le contenu :

Tous les viscères intra- abdominaux peuvent- être retrouvés dans le sac herniaire : intestin grêle, épiploon, colon, utérus, vessie.

Tous ces organes ont un **risque d'étranglement** ⁺⁺⁺ (= hernie étranglée) : blocage de ces

viscères à l'intérieur du sac péritonéal par apparition d'un blocage au niveau du collet.
Risque de cet étranglement = **péritonite** (lorsque c'est l'intestin ou le colon qui est étranglé).

III/ Hernie inguinale

100 000 hernies opérées / an ; 2 formes cliniques :

- hernie inguinale oblique externe (suit le canal inguinal et le trajet du cordon spermatique) ; hernie la plus fréquente
- hernie inguinale directe (le collet de la hernie est situé en dedans du pédicule épigastrique et est indépendante du cordon spermatique)

Physiopathologie :

- hernie inguinale oblique externe (chez le nouveau-né et le jeune adulte) = le plus souvent congénitale / absence de fermeture du canal péritonéo- vaginal
- hernie inguinale directe (chez les P.A) = acquise / liée à des micro-traumatismes (hyperpression intra- abdominale)

Clinique :

- signes fonctionnels = douleur, gêne à la marche et à l'effort, sensation de « boule »
- signes physiques = tuméfaction inguinale à la toux (**impulsive, réductible, non douloureuse**)
- examen complémentaire = pas nécessaire si hernie typique ou si absence de doutes ; sinon : TDM **si** doutes

Complications :

- **étranglement herniaire** ⁺⁺⁺ (= constriction brutale, serrée et permanente d'un viscère à l'intérieur du sac herniaire)
- occlusion intestinale
- troubles vasculaires
- ischémie secondaire
- nécrose du contenu herniaire
- ...

Attention : si clinique = occlusion, douleur non réductible et non impulsive à la toux = URGENCE CHIRURGICALE

Traitement :

- toute hernie diagnostiquée est à priori une indication opératoire formelle

- mortalité d'une hernie opérée en urgence = 5 à 10%
- 10% des hernies sont diagnostiquées au stade d'étranglement
- traitement chirurgical = exérèse ou refoulement du sac péritonéal ; fermeture du collet (orifice inguinal) soit en utilisant les muscles et aponévroses de voisinage ou en utilisant du matériel prothétique (c'est ce qui est le plus utilisé)
- intervention de SCHOULDICE = on utilise les muscles et aponévroses pour fermer le collet
- technique de LICHTENSTEIN = fermeture du collet de la hernie en utilisant une prothèse
- en cas de **hernie étranglée** : urgence chirurgicale ; le traitement de l'orifice herniaire ne pourra pas comporter la mise en place d'une prothèse (car RISQUE D'INFECTION ⁺⁺⁺) ; simple suture musculo- aponévrotique

Résultats :

- taux de récurrences à 10 ans = 5% quelque soit la technique utilisée
- utilisation de matériel prothétique pourrait donner un taux plus bas

IV/ Hernie crurale

Diverticule péritonéal situé au travers de l'anneau crural (en haut : artère crurale ; en bas : ligament de Cowper ; en dehors : vaisseaux fémoraux).

Clinique :

tuméfaction de la racine de la cuisse, sous la ligne de Malgaigne.

Traitement :

chirurgical ; d'autant que le diagnostic est souvent fait au stade d'étranglement.

V/ Eventration

Correspond à un point de faiblesse pariétal consécutif à une laparotomie. Peut-être situé n'importe où sur la cavité abdominale.

Traitement :

- chirurgical = risque **d'étranglement** (idem hernie) ; aggravation ; intérêt limité des ceintures de contention (patients inopérables), mais très important en post- opératoire ⁺⁺⁺
- **prothèse** ⁺⁺⁺ = sinon récurrence > 50% ; le traitement chirurgical d'une éventration doit

utiliser une prothèse (*position intra- abdominale* : risque infectieux plus important / *position inter- musculaire*).

VI/ Eviscération

= lâchage complet de la suture musculo- aponévrotique, en période post-opératoire immédiate (entre 0 et 1 mois).

L'abdomen et les viscères intra- abdominaux sont exposés, extériorisés à l'air ambiant.

Traitement :

- ré- intervention chirurgicale en URGENCE pour ré- intégration des viscères et nouvelle suture
- port de ceinture de contention +++
- levé tardif autorisé avec aide +++
- prévoir cure d'éventration après 6 mois