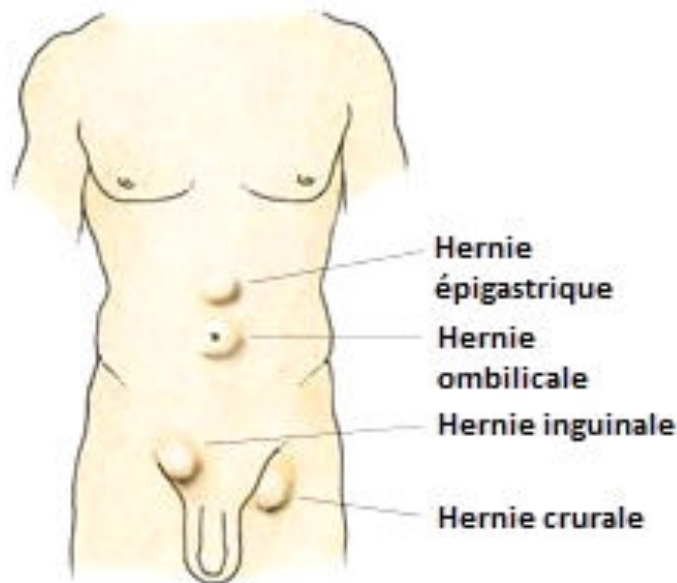


Les hernies inguinales et crurales

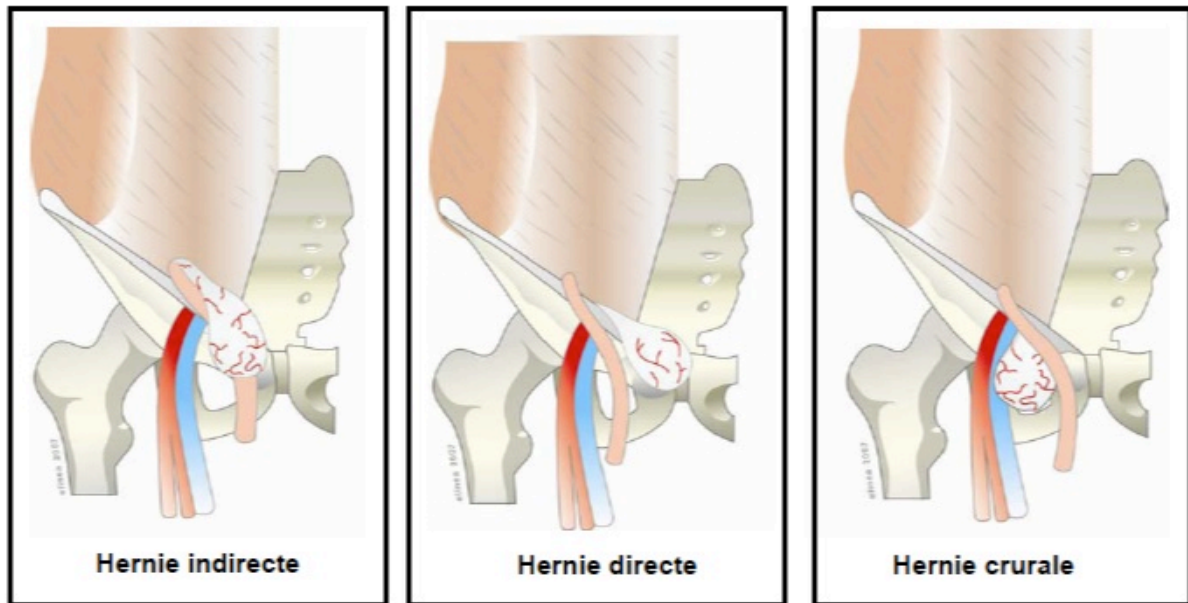
Physiopathologie

Une hernie correspond à une extériorisation temporaire ou définitive de tout ou une partie d'un tissu au travers de la paroi de la cavité naturelle dans laquelle il se trouve habituellement. Elles se produisent en dehors de tout traumatisme ou effraction pariétale dans une des zones de faiblesse pariétale congénitale ou acquise. Chaque hernie possède un trajet anatomique distinct. Dans la cavité abdominale, une enveloppe constituée du péritoine la délimite du côté viscéral. Il existe principalement trois type de hernies abdominales fréquemment rencontrées : les hernies inguinales, crurales et ombilicales. Les autres hernies sont rencontrées beaucoup plus rarement.



Les hernies inguinales : au dessus de la ligne de Malgaigne. La ligne de Malgaigne est la projection cutanée du ligament inguinal (ou ligament de Poupard). Le ligament inguinal, encore appelé l'arcade crurale, est un ligament qui relie l'épine iliaque antéro-supérieure de l'os iliaque du bassin, à l'épine du pubis. Il faut distinguer comme étiologie de ces hernies les origines congénitales (malformatives) des origines acquises suite à une faiblesse de la paroi. D'origine congénitale, elle sera toujours externe (ou encore appelée oblique), suivant le trajet du canal péritonéo-vaginal. Elle sera toujours externe aux vaisseaux épigastriques. Elle suivra le trajet du cordon spermatique chez l'homme, et du ligament rond chez la femme. D'origine acquise, elle pourra être interne aux vaisseaux épigastriques effractant la fossette inguinale moyenne et sera qualifiée de directe. Mais elle pourra également être externe aux vaisseaux épigastriques, effractant la fossette inguinale externe, et sera qualifiée d'indirecte.

Les hernies crurales : en dessous de la ligne de Malgaigne, elles sont bien plus difficiles à diagnostiquer. Elles génèrent une gêne à la face interne de la cuisse, sous le ligament inguinal, au niveau du canal fémoral.



Les hernies ombilicales : situées au milieu de la ligne xypho-pubienne au niveau de l'ombilic. C'est sur un point de faiblesse de la ligne blanche que ces hernies apparaissent. Le trajet est généralement directe. Peut contenir de l'épiploon, de l'intestin grêle, et voire même de l'estomac.

Introduction

Epidémiologie :

25% des hommes et 2% des femmes auront une hernie inguinale durant leur vie . Le ratio hommes/femmes est de 7/1. Les hernies inguinales concernent en grande majorité les hommes. Au contraire, les hernies crurales se rencontrent plus fréquemment chez les femmes.

Facteurs prédisposants :

- Sexe masculin pour les hernies inguinales.
- Sexe féminin pour les hernies crurales.
- Obésité/dénutrition.
- Sédentarité.
- Hyperpression intra-abdominale chronique : constipation, effort à répétition, toux sur BPCO , prostatisme.
- Héritéité.
- Grossesses (ombilicale)

Histoire de la maladie :

Petite masse indolore apparaissant à l'effort au dessus du ligament inguinal chez un patient de 70 ans ayant eu récemment une perte de poids de 20kg (suite à une néoplasie traitée par chimiothérapie).

Présentation clinique

Symptômes :

Hernie simple :

- Indolore OU douleur de type gêne pendant la toux / à l'effort / pendant la marche. Douleur plus intense si petit collet.
- Réductible à l'arrêt de l'effort ou par manœuvre manuelle du patient.
- La position couchée ne s'accompagne pas de gêne ni sensation de masse.

Hernie étranglée :

- Douleur spontanée et vive, localisée en zone herniaire.
- Nausée, Vomissement, arrêt matières et des gaz.
- Masse irréductible par le patient et très douloureuse à la palpation.
- Douleurs abdominales généralisées.
- Arrêt des matières et des gaz.

Signes physiques :

Hernie simple :

- Tuméfaction régulière et souple augmentée lors d'une manœuvre de Valsalva.
- Palpation indolore.
- Toujours réductible à la pression.
- Collet facilement évaluable à la palpation.

Hernie étranglée :

- Météorisme.
- Nausées, vomissements.
- Péristaltisme augmenté et éventuellement bruits métalliques. Clinquements métalliques.
- Tuméfaction indurée, douloureuse à la palpation.
- Défense, Rebond éventuels.

Diagnostic différentiel

- Lipome pour toutes les hernies.
- Testicules ectopiques inguinales.
- Hydrocèle.
- Varicocèle.
- Kyste du cordon en position inguinale.
- Adénopathie inguinale.

Examens complémentaires :

Le diagnostic est essentiellement clinique.

- Biologie : hémato/formule/iono/fonction rénale.
- AAB : aide au diagnostic d'une complication.

- niveau hydro-aériques si obstruction.
- pneumopéritoine (air sous les coupes).
- Echographie : dans le cas de petites hernies, une échographie peut aider à préciser l'origine d'une douleur apparue chez un patient obèse. Vision du sac herniaire et du contenu éventuel.
- CT scan : souffrance intestinale, diagnostic différentiel difficile.

Traitements

Modalités

- Traitement médical : il se limitera à une surveillance. Les hernies indolores et au collet large (à faible risque de strangulation) chez des patients à nombreux facteurs de risque de comorbidité.
- Traitement chirurgical : il est indiqué systématiquement pour prévenir la survenue d'une complication et la gêne majeure que génère une hernie géante. Cependant, il faut tenir compte des facteurs de comorbidité du patient et de la gêne qu'occasionne sa hernie dans sa vie courante.

Hernies inguinale.

Il peut être réalisé par technique « à ciel ouvert » ou par laparoscopie.

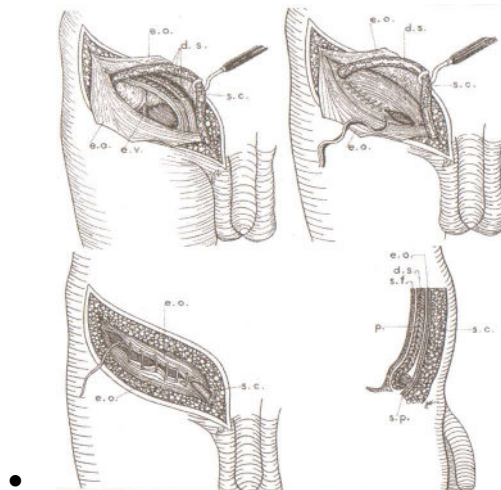
Deux grands principes de renforcement de la paroi abdominale peuvent être appliqués pour effectuer la cure :

1. Par mise sous tension des structures existantes
2. Par mise en place d'un matériel prothétique

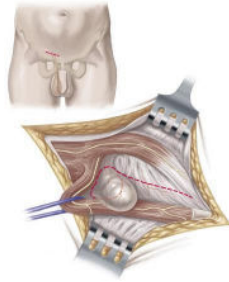
Par voie « ouverte »

On peut effectuer des gestes de raphies (avec mise sous tension) selon diverses techniques :

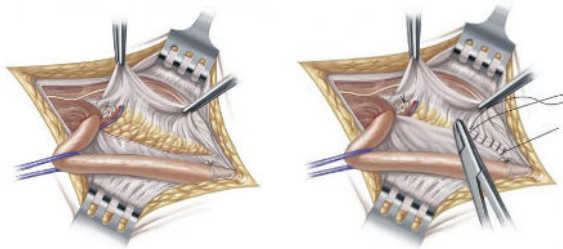
- La technique Bassini : la technique de Bassini, mise au point en 1887, consiste à abaisser le tendon conjoint en tension à la bandelette ilio-pubienne. Cette technique a été longtemps utilisée.



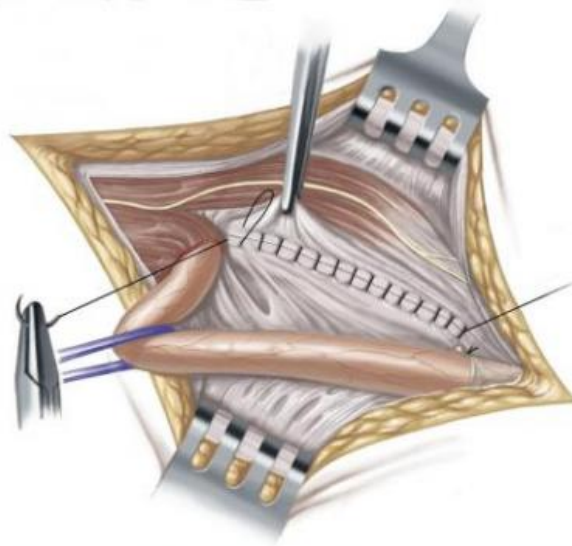
- La technique de Shouldice : longtemps considérée comme la technique de choix avant l'avènement de la coelioscopie. Cette technique, exercée dans des mains expérimentées (plus de 200 cas annuels pour un chirurgien), présentait le plus faible taux de récurrence. Cependant, comme pour la technique de Ruggy et Bassini, il s'agit d'une technique qui met les plans aponévrotiques sous tension. Elle peut s'accompagner de douleurs post-opératoires plus importantes.
 - La technique se fait à « ciel ouvert ». L'incision cutanée est celle de la technique de Bassini. L'intervention débute par la dissection du canal inguinal et du sac herniaire.



- On procède à une mise sous tension du **fascia transversalis** en l'abaissant sur la bandelette ilio-pubienne.



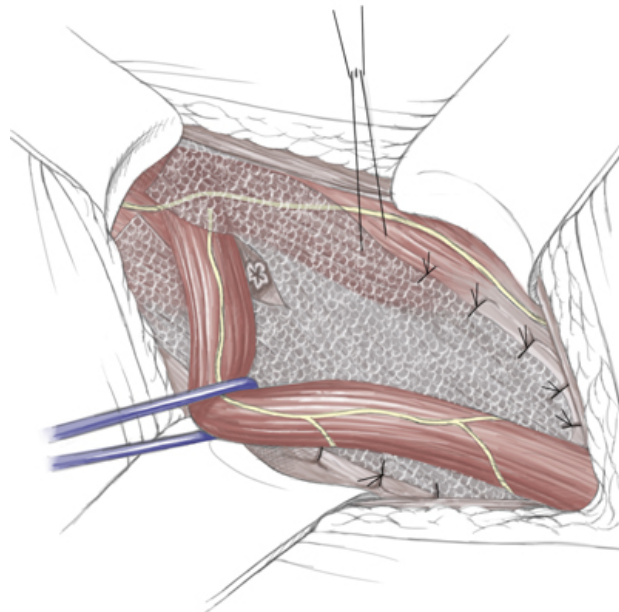
- Ensuite on abaisse le **tendon conjoint** à la bandelette ilio-pubienne. Cette technique remet sous tension plusieurs plans fragiles sous tension. L'action conjointe sur plusieurs plans contigus permet de recréer une paroi solide.



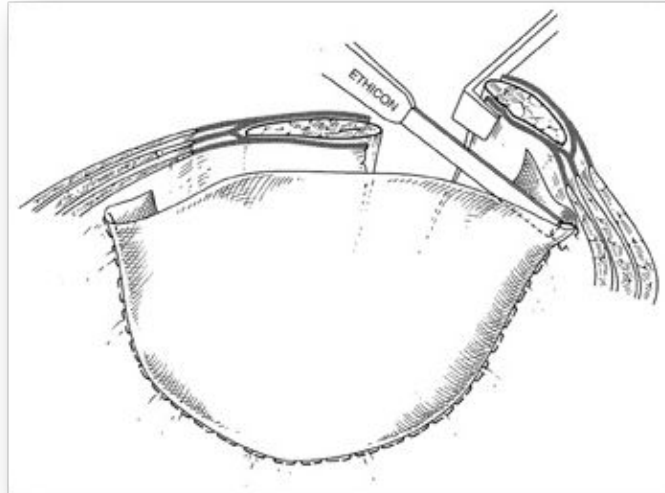
Tous ces plans fragiles, pris séparément et mis sous tension, vont cicatriser conjointement et recréer une paroi cicatricielle fibreuse solide. Son inconvénient est d'être complexe de réalisation. Il faut retrouver une multitude de plans « virtuels » et ténus pour les remettre sous tension.

On peut également effectuer des gestes ne nécessitant pas de mise sous tension des structures :

- Réalisée par voie ouverte, une technique utilisant du matériel prothétique permet de ne pas mettre les structures de la paroi abdominale sous tension. Elle requiert cependant la mise en place de matériel prothétique. Une de ces techniques est celle de **Lichtenstein** qui consiste à traiter les hernies avec l'emploi d'une prothèse par voie inguinale uni ou bilatérale. Cette technique présente l'avantage de présenter d'excellents résultats (même dans des mains moins expérimentées). Son inconvénient est l'utilisation de matériel prothétique.



- Une seconde technique réalisée par voie ouverte et sans mise sous tension est celle de **Stoppa**. C'est une voie pré-péritonéale qui se réalise après avoir traversé la paroi abdominale par une incision médiane sous ombilicale. La **technique de Stoppa** consiste à aborder l'espace pré-péritonéal par le raphé médian et à ouvrir d'abord l'espace de Retzius.



Ensuite, elle permet de cliver l'espace de Bogros uni ou bilatéralement. L'abord se faisant par voie médiane, la cure peut-être aisément bilatérale. Cette technique a donné naissance aux voies mini-invasives pratiquées de nos jours par laparoscopie.

Par laparoscopie, deux techniques existent :

Trans-abdominal pré-péritonéal (TAPP)

Par voie intra-péritonéale, se fait en trois étapes :

1. Ouverture du péritoine en regard du sac herniaire



2. Mise en place d'une prothèse en regard de l'orifice herniaire

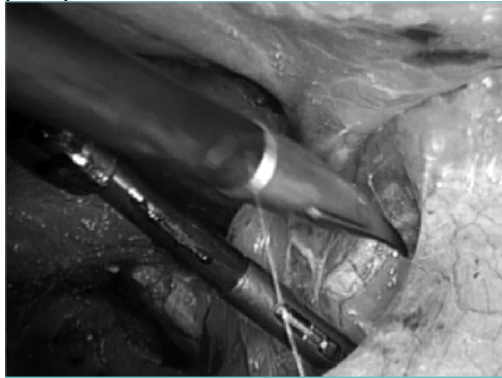


3. Fermeture sur la prothèse du péritoine

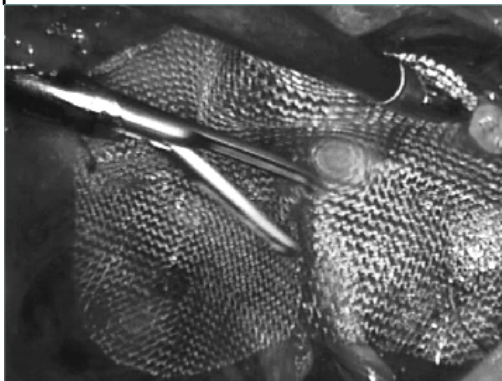


Totalement extra-péritonéal (TEP)

1. Dissection du plan pré-péritonéal

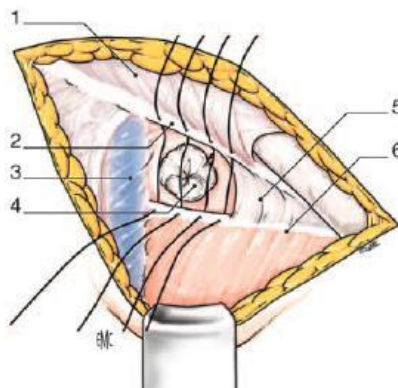


2. Déploiement de la prothèse



Hernies Crurales

La résection du sac herniaire est la base du traitement chirurgical de ces hernies. Elle y est associée à la réintégration des viscères herniés après vérification de la vitalité de ceux-ci. Ensuite est effectuée une réfection pariétale par technique de Mac Vay (abaissement tendon conjoint sur le ligament de Cooper).



Hernie ombilicale

On effectue une exérèse du sac herniaire et fermeture de l'anneau ombilical (avec conservation de l'ombilic ou non). En fonction du diamètre de l'orifice, possibilité de mettre une prothèse (surtout avec orifice de grand diamètre).

Complication : étranglement. C'est une urgence qui nécessite une prise en charge chirurgicale. Il faut essayer de réduire la hernie avec éventuellement l'aide d'antidouleurs puissants voire de benzodiazépines . Ensuite, correction des troubles ioniques.

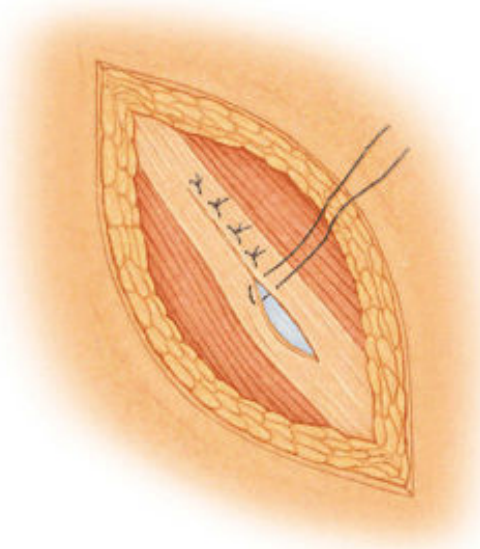
Si la réduction est possible : garder le patient en observation pendant 24h afin d'exclure une ischémie de la paroi qui entraîne perforation et péritonite. Plus l'étranglement a duré et plus l'œdème autour de l'hernie rend difficile la réintégration manuelle). Pose de 2 voies veineuses et réalisation du bilan préop (iono , fonction rénale coag , groupe sanguin , signe inflammatoire). Réhydratation et aspiration via SNG si occlusion , prévention TVP (bas kendal puis Clexane) , antalgiques puissants IV , et AB si signe de péritonite.

Indications opératoires

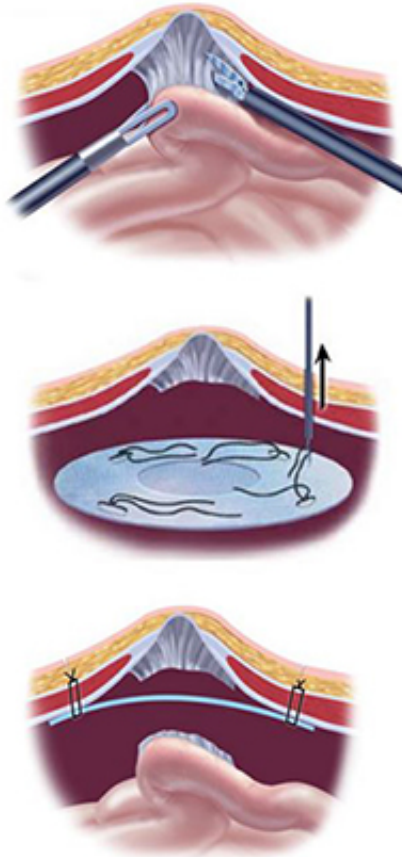
- Irréductible : chirurgie en urgence
- Etranglement : chirurgie en urgence
- Douleurs : indication de chirurgie à froid

Technique opératoire

Réparation par suture simple



Mise en place d'une prothèse



Pronostic

Survie :

- Mortalité à 30 jours de 0,1% si électorive et 2,8-3,1 % si en urgence.

Complications :

- Ecchymose : hématome post-chirurgical dans l'aîne ou bourse.
- Douleur.
- Collection séreuse.
- Infection de prothèse.
- Douleurs chroniques.
- Récidive.
- Phlébite cordon spermatique.
- Neuralgie post hernioraphie.

Récidive :

Taux inférieur à 2% après intervention.

Modalités de suivi

S'assurer de l'absence de récurrences ou de persistance de douleurs au site herniaire.