

**Cours destiné aux étudiants de 4<sup>ème</sup> année de médecine**  
**Module de gastro-entérologie**

# **Hernies de l'aine et complications**

**Dr Y. Nacereddine**

Maitre assistant en chirurgie générale  
Service de chirurgie oncologique  
Centre Anti Cancer de Sétif

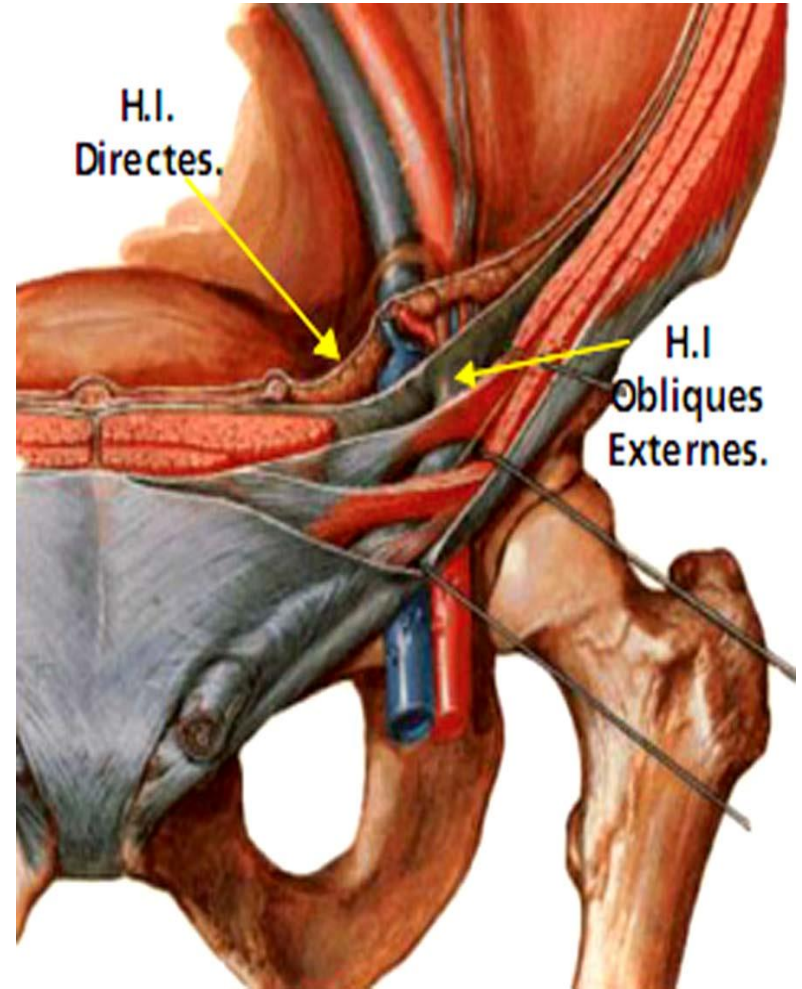
# Définition

- Protrusion d'un diverticule péritonéale (contenu intra péritonéale) au travers l'orifice musculo-pectinéal anormalement déhiscent (point de faiblesse)

# Anatomie chirurgicale (1)

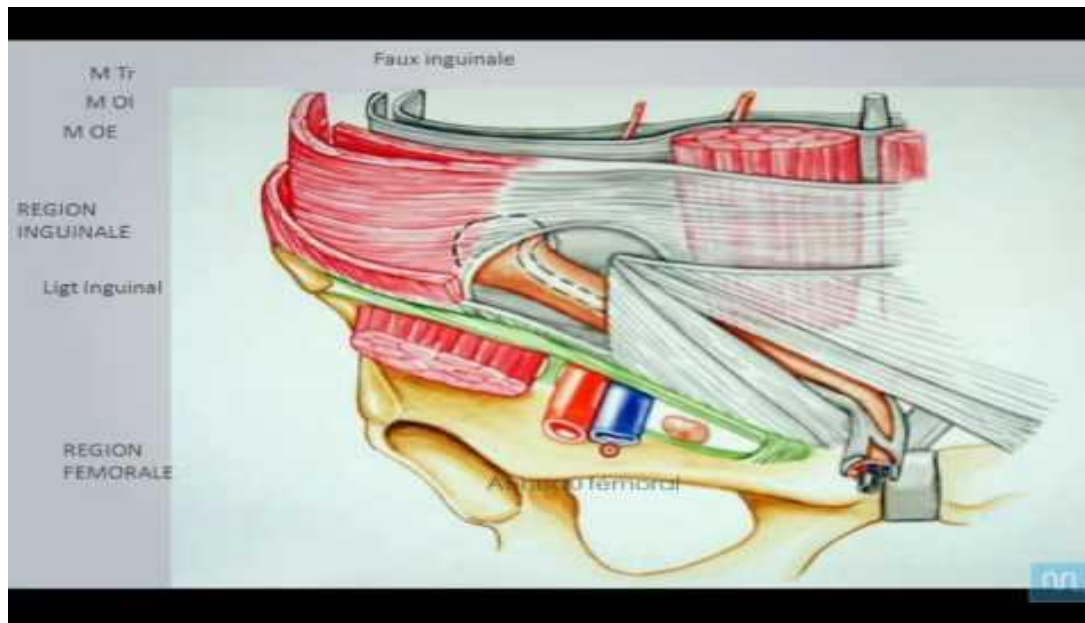
L'aîne est une région intermédiaire entre l'abdomen et la cuisse traversée par :

- Les vaisseaux iliaques
- Cordon spermatique chez l'homme.
- Le ligament rond qui fixe l'utérus au fond des grandes lèvres chez la femme.

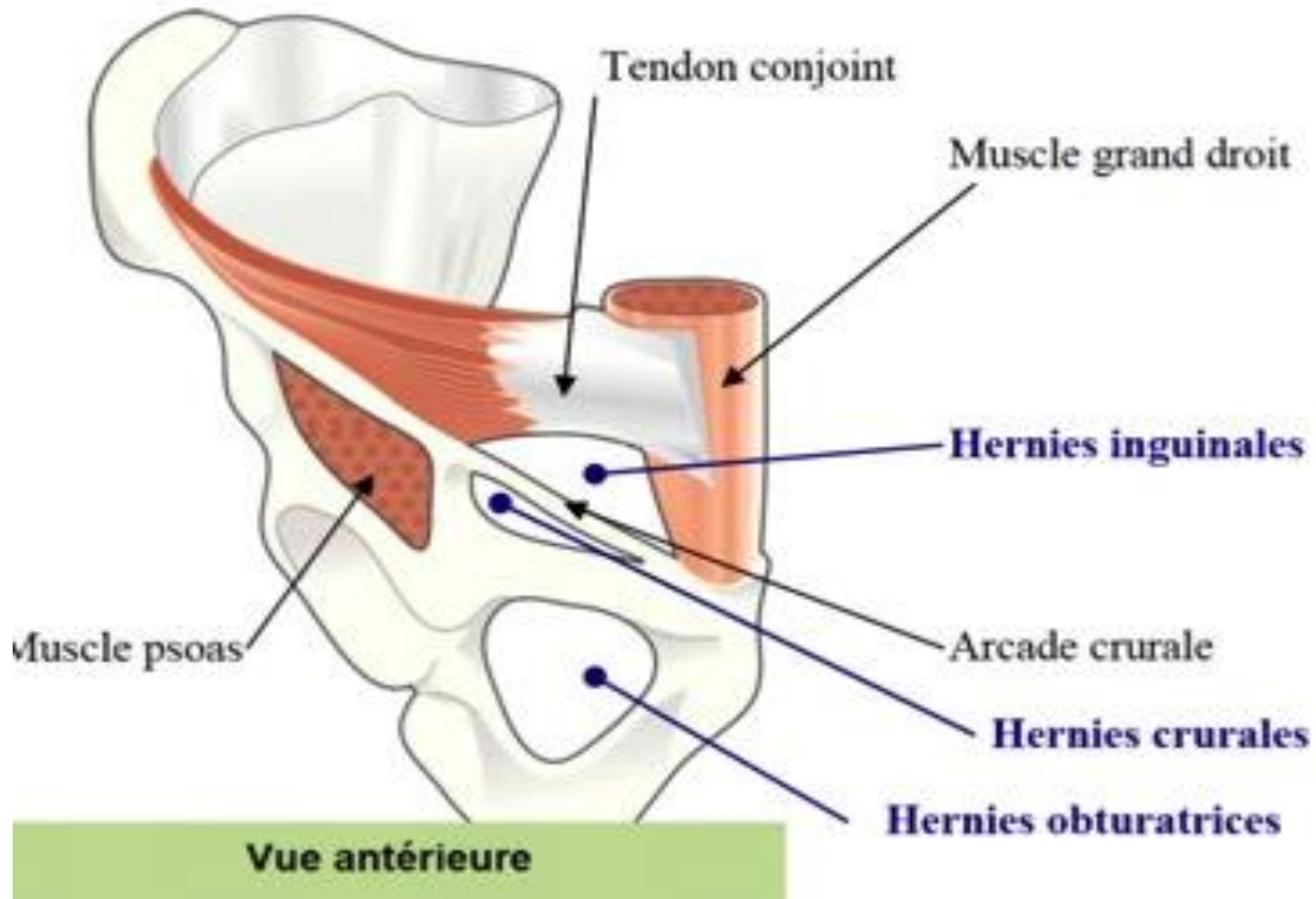


## Anatomie chirurgicale (2)

Le canal inguinal est creusé dans les muscles antéro latérale de l'abdomen : la paroi antérieure du canal est formée par le muscle oblique externe. La paroi supérieure est formée par la réons des muscles oblique interne et transverse (tendon "conjoint"). La paroi inférieure est formée par l'arcade crurale. La paroi postérieure n'est formée que du fascia transversalis, simple feuillet fibreux revêtant le péritoine. le canal est dirigé en avant, en bas et en dedans.

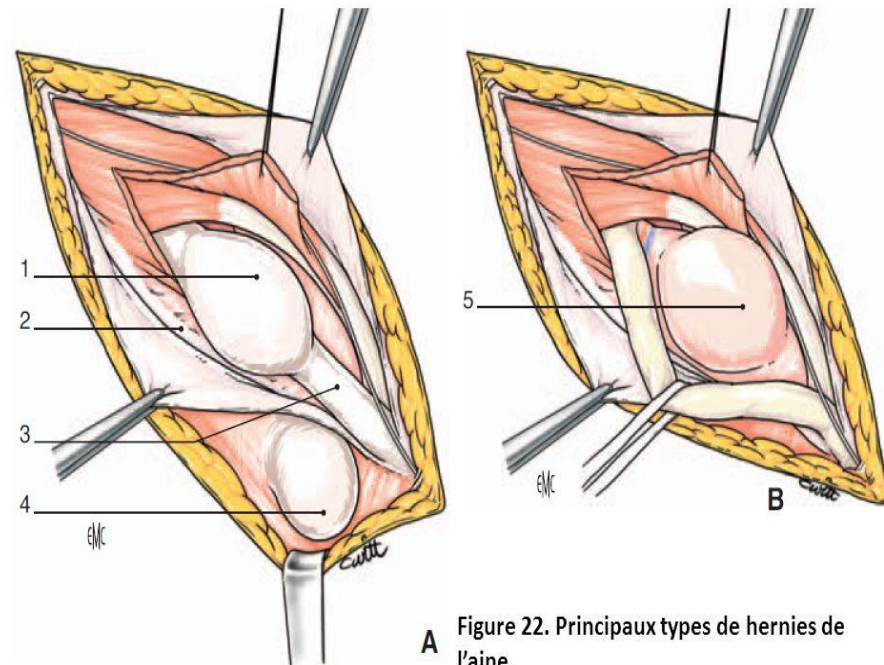
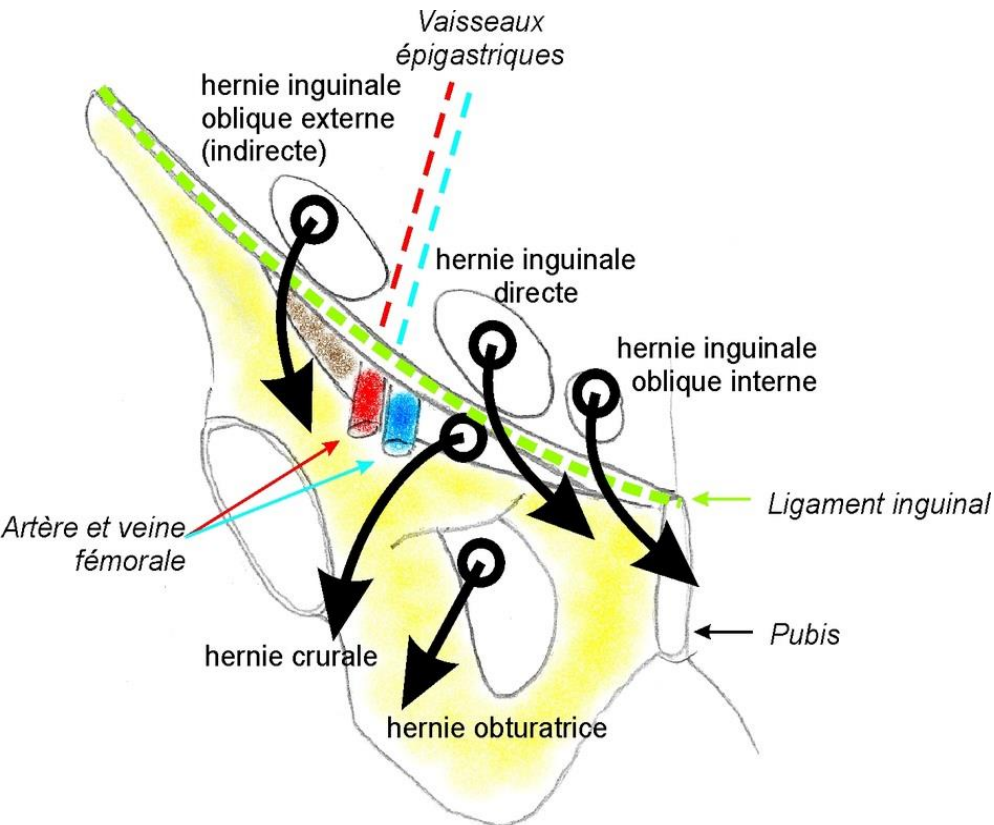


# Type de Hernies



# Type de Hernies

1. Hernie oblique externe (indirecte) en dehors du pédicule épigastrique et suit le cordon spermatique
2. Hernie directe en dedans du pédicule épigastrique
3. Hernie crurale en dedans des vaisseaux fémoraux



**A** Figure 22. Principaux types de hernies de l'aîne.  
1. Hernie indirecte ou latérale ; 2. arcade crurale ;  
3. cordon spermatique ; 4. hernie crurale ou fémorale ; 5. hernie directe ou médiale.

**Etiopathogénie: A- Acquise**

## **DÉSÉQUILIBRE**



• **Facteurs de contention:**

✓ **Agent déclenchant**

- Fascia transversalis
- Trajet en chicane du cordon spermatique/ligament rond dans la paroi
- Tendon conjoint (effet rideau)
- Septum de l'orifice crural

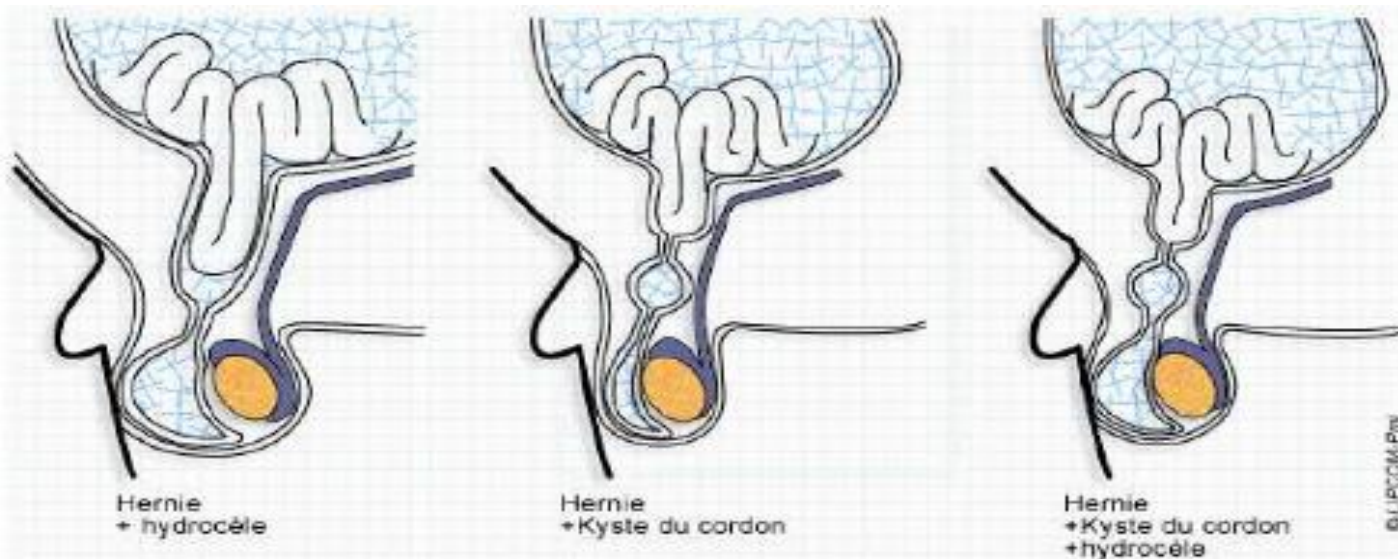
## **Etiopathogénie**

- **Facteurs altérant la résistance de la paroi abdominale**
  - Amaigrissement
  - Obésité
  - Corticothérapie
  - Immunosuppressive
  - Diabète
  - Vascularite
  - Age avancé
- **Facteurs augmentant la pression intra abdominale:**
  - Insuffisance respiratoire
  - Constipation
  - Dysurie
  - Masse intra abdominale
  - Ascite



## B- Congénitale

- **Persistance du canal péritonéo-vaginale**
  - Après la migration testiculaire 12 à 30 % des adultes jeunes
  - Toujours obliques externes et découvertes à tout âge (nourrisson, enfant, adulte jeune).
  - Autres anomalies associée: kyste du cordon spermatique, hydrocèle vaginale, ectopie testiculaire.



# Démarche diagnostique



# 1. La hernie inguinale:

## □interrogatoire

- Facteurs déclenchants
- profession
- signes fonctionnels:
  - **Douleurs inguinales** : intermittentes, plus rarement permanentes, **aggravées** par les activités physiques intenses, la toux, le port de lourdes charges. Ils **s'atténuent** avec une diminution des activités physiques et réapparaissant avec la reprise de ces activités.

- **une tuméfaction de l'aîne:** intermittente apparaissant lors des changements de position, d'activités physiques intenses ou de port de lourdes charges



## □ Examen physique

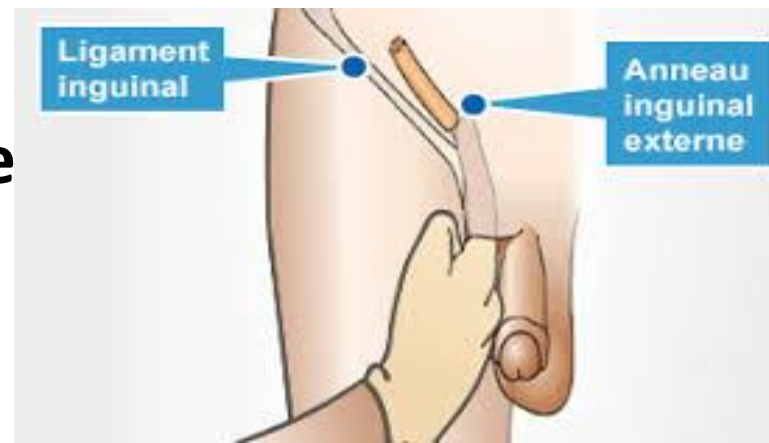
- L'examen physique associe une inspection et une palpation **en position debout et couchée** en appréciant les régions inguino-crurales bilatérales



Tuméfaction située au dessus  
de la ligne de Malgaigne

- **L'inspection faite initialement en position debout, puis couchée, en demandant au malade de tousser**
- recherche une asymétrie des régions de l'aîne et une tuméfaction augmentée par les efforts de toux le long du cordon
- État de la peau en regard

- **La palpation se fait, chez l'homme, à l'aide de l'index** après invagination de la partie haute de la peau scrotale dans l'orifice inguinal externe.
- L'introduction de l'index faite à ce niveau suit le canal inguinal en direction de l'orifice inguinal profond
- Permet de diagnostiquer une tuméfaction **impulsive** (qui repousse les doigts) ou **expansible** (qui écarte les doigts) à la toux, parfois uniquement perceptible en bout de doigt.
- Cette tuméfaction est **réductible**



- L'examen de l'aîne controlatérale (systématique) permet de noter une déhiscence de l'orifice inguinal superficiel dans 20 à 50 % des cas chez les patients de plus de 60 ans



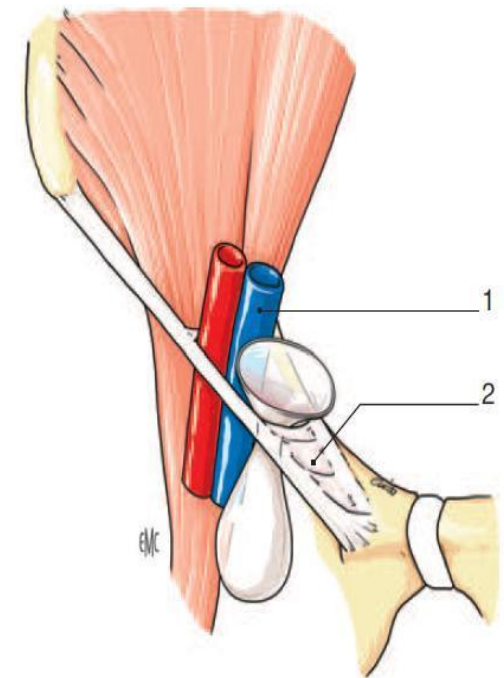
- Le scrotum est examiné à l'aide d'une trans illumination pour le diagnostic d'hydrocèle associée



- Un toucher rectal est pratiqué pour éliminer une pathologie rectale et prostatique
- Chez la femme (rare): La palpation se fait par invagination de la peau en regard de l'orifice inguinal externe (au dessus de la grande lèvre)

## 2. La hernie crurale:

- Plus fréquente chez la femme
- Elle correspond cliniquement à une tuméfaction réductible et expansible à la toux, siégeant à la racine de la cuisse en dedans des vaisseaux fémoraux et sous la ligne de Malgaigne.
- Elle peut correspondre à une petite formation de perception très difficile chez la femme obèse.



Hernie crurale. 1. Veine iliaque ; 2. ligament de Gimbernat.

# Para clinique

- **Le diagnostic est purement clinique** et les examens complémentaires ne sont demandés qu'en cas de doute diagnostic:

Suspicion de complication, sujet obèse(hernie crural)

- **Echographie pariétale+++**

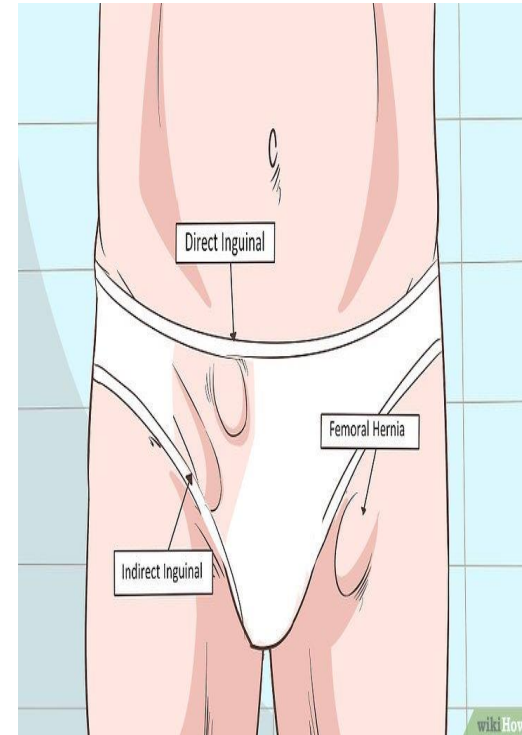
# Types des hernies inguinales

## 1) Hernie inguinale oblique externe (indirecte):

- Congénitale ou acquise.
- Persistance du canal péritonéo vaginal (nourrisson, enfant)
- Fréquence des malformations associées (bilatérale, kyste du cordon).
- Risque d'étranglement élevé (collet étroit).

## 2) Hernie inguinale oblique interne (directe):

- Adulte plus de 50 ans
- Hyper pression abdominale et faiblesse musculo aponévrotique
- Risque d'étranglement rare (collet large).
- Récidive post opératoire fréquente (paroi altérée).



## II. Diagnostic différentiel

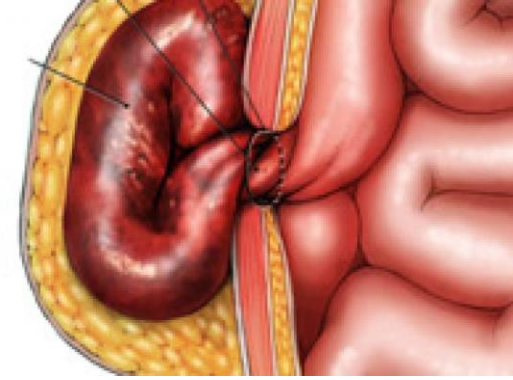
- **Adénopathie inguinale isolée** (forme inflammatoire): peut se confondre facilement avec une hernie crurale étranglée: échographie inguinale
- **Un kyste du cordon ou du ligament rond:** tuméfaction indolore, oblongue dans l'axe du canal inguinal, avec la palpation d'un pôle inférieur et supérieur (échographie).
- **Certaines tumeurs :** lipome, sarcome, neurofibrome, hémangiome.
- **Ectopie testiculaire.**

### **III. Formes cliniques**



# Formes compliquées

INTESTIN



## ❑ **Etranglement herniaire+++:**

- Douleurs apparues après un effort physique important.
- Rechercher les signes d'occlusion
- À l'examen:
  - Tuméfaction **dure irréductible, non impulsif** à la toux, **douloureuse** spontanément et à la pression au niveau du collet.
  - **Rougeur, oedème cutané:** le reflet d'une nécrose intestinale probable.
  - Rechercher un météorisme abdominal et des signes d'irritation péritonéale (perforation grélique).

# Autres formes:

- ❑ **Engouement herniaire:** douloureux, irréductible, syndrome sub occlusif, s'améliore spontanément ou après taxis
- ❑ **Hernie récidivée**
- ❑ **Hernie bilatérale**
- ❑ **Hernie inguinale par glissement:** irréductibles, anciennes, souvent volumineuses, devenues fixées par glissement et adhérences des viscères au sac herniaire, contenant souvent le côlon sigmoïde ou l'appareil coeco-appendiculaire (dite hernie ayant perdu le droit de cité)



Figura. 1 Pre-operatorio, hernia inguino-escrotal gigante.



# Prise en charge thérapeutique



# Buts

- Résection du sac herniaire et ré intégration de son contenu.
- Réfection pariétale.
- Éviter la récurrence et les complications.
- ré intégration socio professionnelle.

# Traitement médical

- **Traiter les facteurs favorisants: toux, dysurie...**
- **Hygiène de vie**
- **Changement de profession**

# Traitement chirurgicale

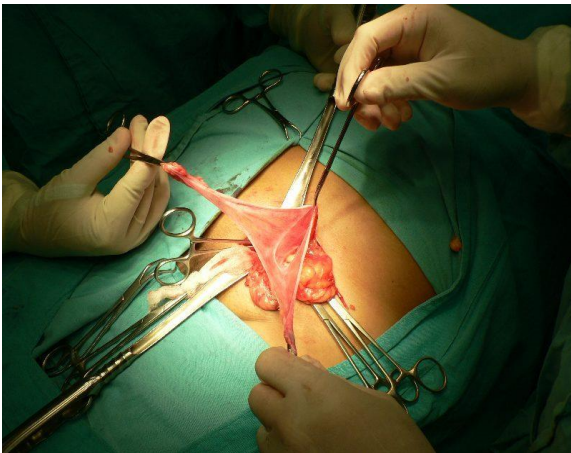
- **Principe:**

Réintégration du contenu herniaire en intra abdominale

Résection du sac herniaire

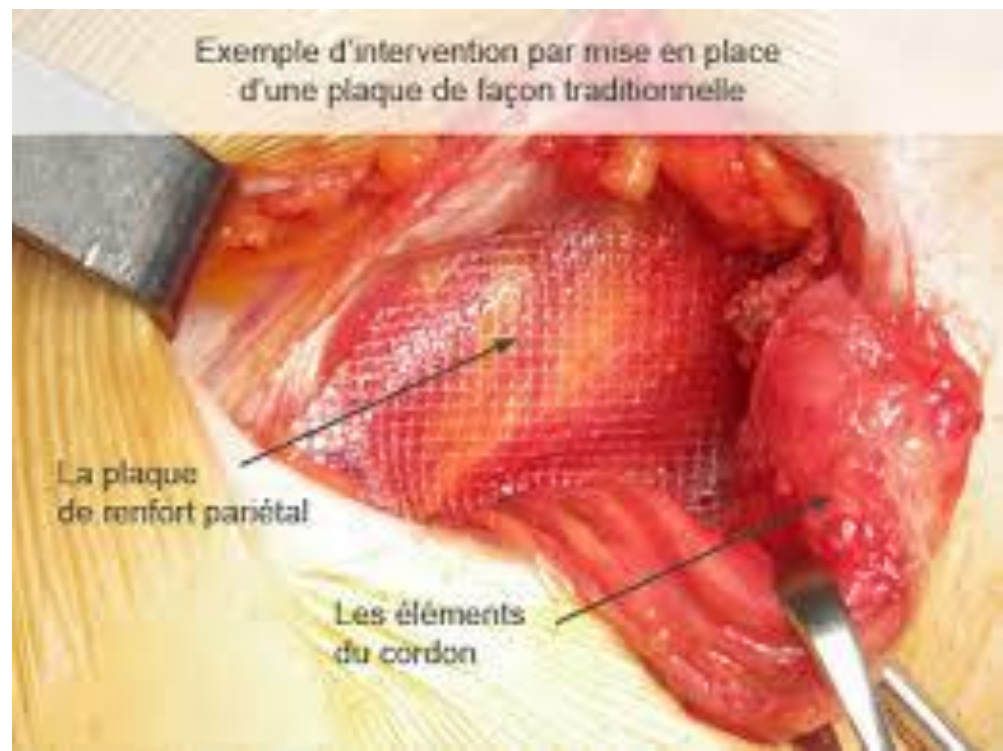
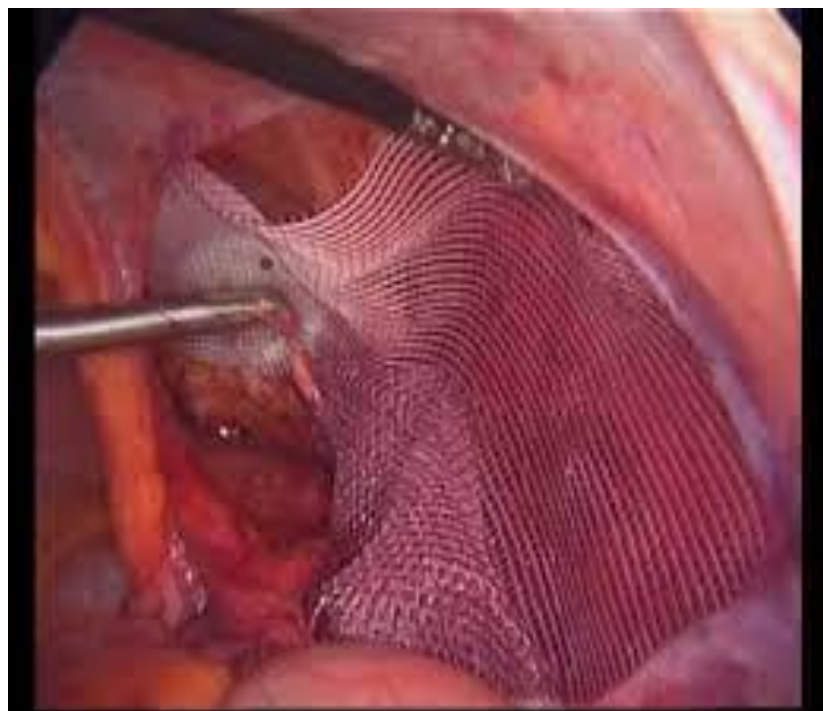
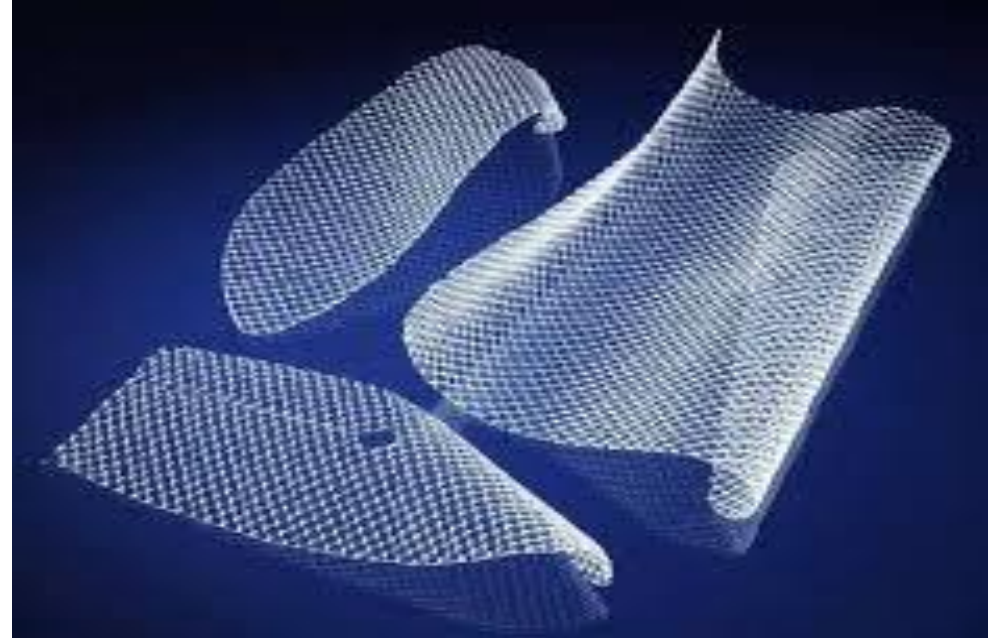
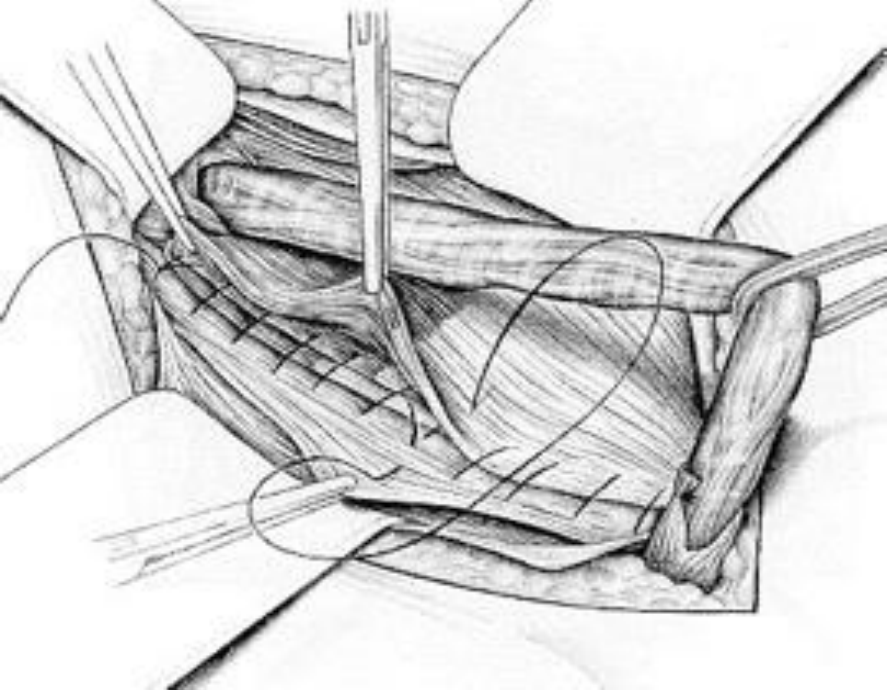
Réfection de la paroi

- Par voie classique ou laparoscopique



## □ Méthodes:

- **Herniorraphie:** en utilisant les éléments de la paroi abdominale, plusieurs techniques:
  - **Intervention de Shouldice:** suture du fascia transversalis et abaissement du tendon conjoint sur l'arcade crurale, moins de récurrence (1%).
  - **Autres:** Bassini, Mac Vay.
- **Hernioplastie prothétique:**
  - **Intervention de Lichtenstein:** prothèse mise en avant du fascia transversalis et abaissement du tendon conjoint sur l'arcade crurale (la plus utilisée)



# Indications

- Qui traiter ?

**Toute hernie diagnostiquée (sauf malade non opérable).**

- Quand traiter ?

**À froid:** Après préparation médicale pour les formes non compliquées.

**En urgence:** pour les formes compliquées.

## ✓ Comment traiter ?

- Après ré intégration du contenu abdominale et résection du sac herniaire.
- Choix du procédure de réfection: moins de récurrence et facilement reproductible [**intervention de lichtenstein**]
- Jamais de prothèse en urgence (risque de surinfection).



# Conclusion

- Pathologie fréquente
- Diagnostic clinique
- Examen attentif en position debout et couché avec effort
- Risque d'étranglement important en cas de hernie crurale
- Traitement chirurgicale