

# HERNIE ABDOMINALE

<b>DÉFINITION</b>	<b>2</b>
<b>RAPPEL ANATOMIQUE</b>	<b>2</b>
1. Région de l'aîne	2
2. Région ombilicale	3
3. Ligne blanche	3
<b>ETIOPATHOGÉNIE</b>	<b>3</b>
<b>ANATOMOPATHOLOGIE</b>	<b>3</b>
1) Le contenant	3
2) Le contenu	3
<b>ÉTUDE CLINIQUE</b>	<b>4</b>
Signes fonctionnel	4
Examen clinique	4
Examens complémentaires	4
<b>HERNIE COMPLIQUÉ</b>	<b>4</b>
1/ ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE	4
2/ ENGOUEMENT HERNIAIRE	4
3/ IRRÉDUCTIBILITÉ	4
4/ PINCEMENT LATÉRAL D'UNE ANSE "Hernie de RICHTER"	4
<b>DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL</b>	<b>5</b>
Avec une hernie non compliquée	5
Avec une hernie étranglée	5
<b>FORMES CLINIQUES</b>	<b>5</b>
A. Formes topographique	5
1. Hernie inguinale	5
2. Hernie crurale	5
3. Herines ombilicals	5
4. Hernies de ligne blanche	6
B. FORMES SELON L'ÉTIOLOGIE	6
<b>TRAITEMENT</b>	<b>6</b>
1) Traitement orthopédique	6
2) Traitement chirurgical	6

# I. DÉFINITION

C'est l'issu spontanée, permanente ou intermittente des viscères à travers un point de faiblesse anatomique de la paroi abdominale (la paroi antérieure et latéral étant les plus concernées)

Les hernies sont fréquentes

Leurs principales complications c'est l'étranglement (urgence chirurgicale).

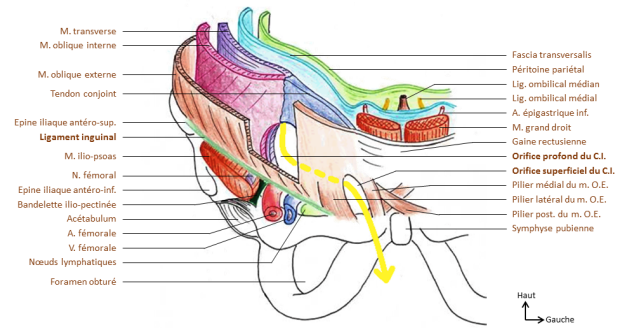
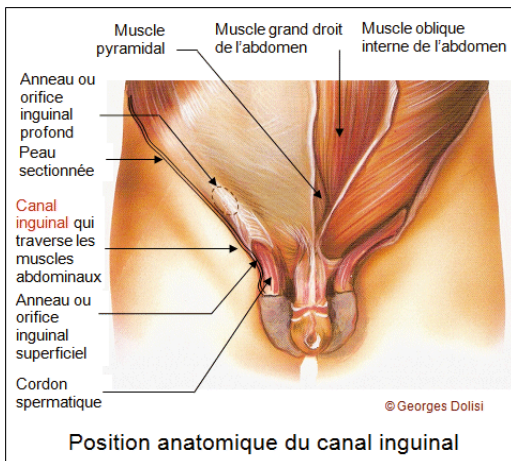
Il existe plusieurs variétés anatomiques selon le siège et leur compréhension nécessite une parfaite connaissance de l'anatomie de la paroi abdominale.

# II. RAPPEL ANATOMIQUE

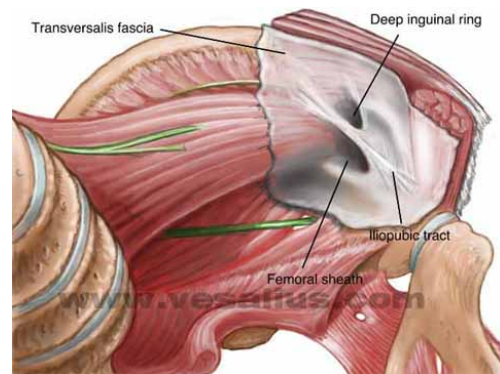
## 1. Région de l'aîne

On reconnaît 2 orifices :

- **L'orifice musculo-pectinéal** : (au niveau de la région inguinale) qui est un cadre musculo-aponévrotique de forme triangulaire limité en haut par le muscle oblique externe et le muscle transverse, en bas par le muscle grand droit, recouvert par le "fascia transversalis" qui est une zone de faiblesse et donne passage au cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme.

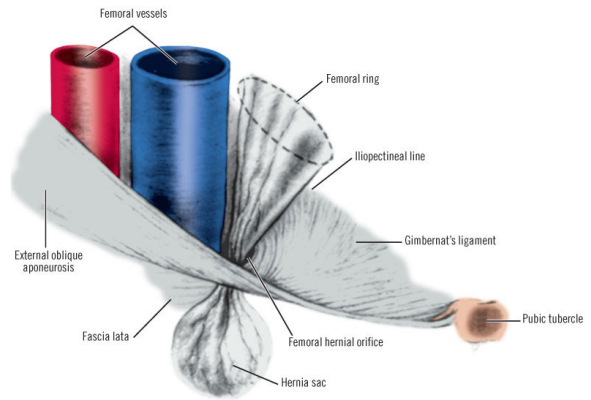


Vue antérieure du canal inguinal



Vue postérieure du canal inguinale

- **L'orifice crural** : situé au-dessous du canal inguinal limité en haut par le ligament inguinal en bas par l'os pubien et par le ligament de GIMBERNAT à l'intérieur, c'est un orifice inextensible (pas souple) ce qui explique la fréquence de l'étranglement à son niveau.



Copyright © 2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

## 2. Région ombilicale

Elle contient l'orifice ombilical situé sur la ligne blanche (se referme à la naissance après avoir donné le cordon ombilical).

## 3. Ligne blanche

C'est une zone de faiblesse constituée par l'entrecroisement des muscles larges.

## III. ETIOPATHOGÉNIE

Il existe 2 mécanismes :

- **Hernies congénitales** : qui sont la persistance des communications qui existaient chez le fœtus entre la cavité péritonéale et l'espace extra-péritonéale :
  - ◆ La persistance du canal péritonéo-vaginale dans les hernies inguino-scrotale congénitales.
  - ◆ La persistance du canal allantoïdien dans les hernies ombilicales congénitales des enfants
- **Hernies acquises** : chez l'adulte :
  - ◆ Augmentation de la pression abdominale (ex: ascite, grossesse chez la multipare, grosse tumeur abdominale, toux chronique)
  - ◆ L'affaiblissement de la paroi abdominale dont les causes sont : dénutrition, amaigrissement, multiparité, sénescence musculaire chez le sujet âgé.

## IV. ANATOMOPATHOLOGIE

### 1) Le contenant

- **Le sac herniaire** (formé par le péritoine pariétal) qui peut entraîner un organe sous péritonéale comme la vessie (corne vésicale lors des hernies acquises dites de faiblesse)
- **Le collet du sac** : jonction avec la cavité péritonéale : large ou étroit, constitué par du péritoine et du tissu fibreux pouvant être extensible ou non

### 2) Le contenu

Souvent c'est l'intestin (grêle, colon, épiploon, ovaires chez la jeune fille (hernie de LITTRÉ), appendice. Dans les grandes hernies on retrouve une anse digestive (voir organes) irréductibles “ *organes ayant perdu le droit de cité* ” et vont induire des troubles respiratoires

## V. ÉTUDE CLINIQUE

### A. Signes fonctionnel

Apparition d'une tuméfaction abdominale de la région de l'aîne, la région ombilicale ou sus-ombilicale

Elle est d'apparition **progressive** ou **brutale** après un effort violent qui disparaît en position couché (lors du sommeil) et qui apparaît en position debout.

### B. Examen clinique

- **Interrogatoire** : rechercher les causes de l'hernie : toux chronique, constipation, troubles urinaires.
- **Inspection** : en position debout puis couché peut mettre en évidence la tuméfaction.

- **La palpation** : précise les caractères de la tuméfaction et son siège : elle est **indolore, réductible** par la pression pouvant s'accompagner par la présence de bruits hydro-aérique (présence de l'intestin). Elle est **expansive** et **impulsive** à la toux la palpation recherches d'autres pathologies abdominales associé
- **Toucher pelvien** : essentiellements le toucher rectale.

*Ce sont les caractères d'une hernie simple non compliquée.*

### C. Examens complémentaires

- L'échographie
- La tomodynamométrie : pour apprécier le contenant et le contenu (grosse hernie)

## VI. HERNIE COMPLIQUÉ

### 1/ ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

Fréquent pour les hernies de l'aine : surtout la hernie crurale plus que l'inguinale . Elle constitue une urgence chirurgicale.

La tuméfaction est **douloureuse, irréductible, non impulsive** à la toux.

Ces symptômes peuvent s'accompagner de douleurs abdominales, de vomissements et d'arrêt de matières et des gaz réalisant un tableau d'**occlusion intestinale aiguë** (haute ou basse selon le segment touché)

En l'absence de traitement, l'**évolution** se fait vers la **nécrose et sphacèle** du **sac herniaire** : œdème et rougeur locale traduisant un phlegmon, **une péritonite par perforation intestinale généralisé** ou une **fistulisation de la peau** (fistule pyostercorale)

### 2/ ENGOUEMENT HERNIAIRE

Elle constitue un étranglement résolutive, la hernie devient **douloureuse** et **irréductibles** puis elle se **réduit spontanément** (c'est des épisodes d'étranglement intermittents)

### 3/ IRRÉDUCTIBILITÉ

Ce sont les hernies anciennes et volumineuses, des adhérences vont se former entre le sac et les anses intestinales empêchant leur déductibilités.

### 4/ PINCEMENT LATÉRAL D'UNE ANSE "Hernie de RICHTER"

L'anse intestinale va être percé latéralement (une partie de l'anse qui s'extériorise) : c'est une incarceration partielle d'une anse dans un orifice herniaire (exemple : hernie crurale)

Elle se traduit par des **douleurs, vomissements, troubles de transit sans arrêt de matières et de gaz** et l'examen de l'orifice herniaire provoque une douleur.

## VII. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

### Avec une hernie non compliquée

- Un lipome : il n'est pas expansive à la main.
- Adénopathie inguinal
- Une masse de la paroi abdominale : indolore, non expansive, non réductible
- Une éventration : rechercher un cicatrice
- Un hydrocèle : réductibilité, expansivité, trans-illumination
- Varicocele
- Une dilatation de la crosse de la saphène interne qui peut être confondu avec une hernie crurale mais elle est associée avec des varices

### Avec une hernie étranglée

- une orchite avec hernie inguino-scrotale étranglée
- Une adénite

## VIII. FORMES CLINIQUES

### A. Formes topographique

#### 1. Hernie inguinale

Elle se font dans le canal inguinal qui traverse l'orifice musculo-pectinéale.

**Elles peuvent être congénitales** par persistance du canal péritonéo-vaginales appelés “ hernies obliques externes ” et suivent le trajet du cordon spermatique.

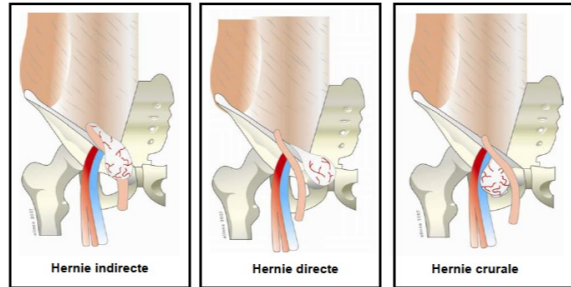
**Et les hernies acquise de faiblesse ou “directs”** : elles s'extériorisent à travers la paroi postérieure à collet large et peuvent attirés la vessie dans le sac herniaire.

À l'examen clinique on retrouve une tuméfaction de l'aîne situé en dehors de l'os pubien et au dessus de la ligne de MALGAIGNE  
L'examen clinique du canal inguinal chez l'homme se fait par l'index droit coiffé par la peau scrotale qui pénètre l'orifice inguinal, l'index peut percevoir le sac herniaire spontanément ou lors de la toux.

#### 2. Hernie crurale

C'est une extériorisation spontanée ou à travers l'orifice crurale. La principale complication est l'étalement herniaire.

On retrouve à l'examen clinique une tuméfaction de l'aîne au niveau du triangle de Scarpa sur la cuisse en dedans de l'artère fémorale et en dessous de la ligne de Malgaigne. Le patient en décubitus dorsale et la mise en abduction de la cuisse favorise l'examen de la région.



### 3. Hernies ombilicales

- Hernies ombilicales du nouveau né (OMPHALOCÉLE) qui est un déficit pariétale de la paroi abdominale.
- Hernie congénitale de l'enfant par l'absence de fermeture de l'anneau ombilical.
- Hernie acquise de l'adulte : ce sont les hernies de faiblesse favorisés par l'obésité, grossesse et amaigrissement.
- Elles peuvent contenir les anses intestinales surtout le grand épiploon (c'est l'épiplocèle).  
Dans les volumineuses hernies ombilicales, il faut rechercher les signes associés : ascites, grosses tumeurs, pathologies respiratoires chroniques.

### 4. Hernies de ligne blanche

Ils sont sus-ombilicales et il faudra rechercher une pathologie associé

## B. FORMES SELON

### L'ÉTIOLOGIE

- Hernie secondaire à une ascite
- Hernie secondaire à une constipation chronique
- Hernie suite à une adénopathie
- Hernie qui survient à un bronchite chronique

## IX. TRAITEMENT

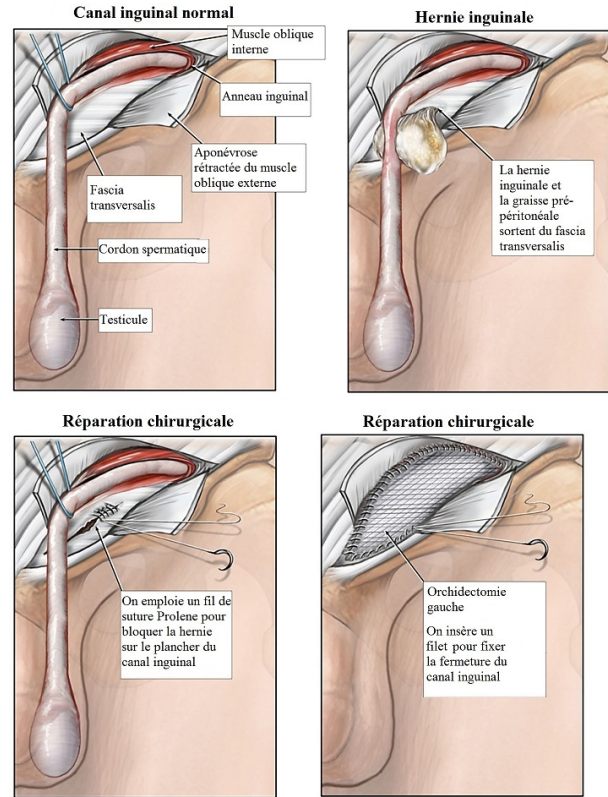
### 1) Traitement orthopédique

La contention par ceinture n'est effectuée qu'en cas de contre-indication absolue à l'intervention chirurgicale .

### 2) Traitement chirurgical

Il consiste à aborder la hernie, résection du sac herniaire, réduction des viscères du contenu et un renforcement pariétale

La suture des muscle (herniorraphie) ou hernioplastie par la mise en place d'une prothèse.



# LES ÉVENTRATIONS

---

Appelés hernies incisionnelles

## I. DÉFINITION

Une éventration est une issue du péritoine ou de viscères intra-abdominaux par un orifice herniaire acquis de la paroi abdominale suite à une intervention chirurgicale ou à plaie profonde non suturée.

Elle indique qu'il existe toujours une cicatrice

Elle peut siéger sur toutes les cicatrices abdominales qu'elles soit sur la ligne médiane ou latéralement, elle peut survenir rapidement ou lentement après une intervention chirurgicale.

Les causes de survenue :

- ❖ Elle peut être infectieuse : infection de la cicatrice opératoire (après laparotomie)
- ❖ Une reprise rapide d'une activité physique après une intervention chirurgicale.
- ❖ La dénutrition, l'obésité

## II. CLINIQUE

Présence d'une tuméfaction indolore en regard des cicatrices lors de toux, elle est réductible, elle varie de quelques centimètres qui intéresse toute la cicatrice

### Examens complémentaires

Échographie : pour apprécier le contenu

TDM : pour préciser le déficit pariétale (diastasis des muscles)

## III. COMPLICATIONS

Dans les grandes éventration : défaillance respiratoire ou digestive

## IV. TRAITEMENT

Le trt est chirurgicale par la mise en place d'une prothèse.

Le renforcement par kinésithérapeute