

Université Aboubeker Bel Kaid de Tlemcen
Faculté de médecine Dr. Benzerdjeb

Module de Sémiologie
Dr Bouallou.

HERNIES DE LA PAROI ABDOMINALE

PLAN :

1. Définition. Objectifs.
2. Anatomopathologie
3. Etiologie
4. Examen clinique
5. Forme clinique
6. Complications

I. Définition :

C'est la protrusion d'un ou plusieurs viscères hors de la cavité abdominale à travers un orifice pariétal naturel anormalement dilaté ou un orifice crée secondairement. Par ordre de fréquence on rencontre les hernies inguinales, ombilicales, de la ligne blanche et crurales. Les autres hernies telle que les hernies ischiatiques, obturatrices ou de Spigel sont rares.

Objectifs :

- Reconnaître les signes sémiologiques de la hernie.
- Faire la différence entre les signes cliniques d'une hernie non compliquée et une hernie étranglée

II. Anapath :

Toute hernie comprend :

- Un orifice : c'est le siège du defect pariétal
- Un sac herniaire : représenté par le péritoine pariétal élargie et dilaté par l'hyperpression intra péritonéale.
- Collet : zone rétrécie du sac en rapport avec l'orifice ;
- Contenu : tous les viscères peuvent être intéressés : anses grêles, épiploon, sigmoïde, appendice, ovaire...

III. Facteurs étiologiques :

- Déhiscences pariétales :
 - Soit par défaut de cicatrisation ou d'oblitération dans les hernies congénitales (ombilic – orifice profond du canal inguinal – anneau crural).
 - Soit par faiblesse des structures musculo-aponévrotique (histologique) dans les hernies acquises (ligne blanche).

- Les facteurs favorisant l'apparition d'une hernie ont en commun l'augmentation de la pression abdominale
 - Les grands efforts (travaux physiques)
 - Certaines pathologies chroniques : bronchites chroniques – adénome de la prostate – constipation chronique.
 - Grossesse.
 - Facteur entravant la qualité de la paroi : obésité, dénutrition, sédentarité.

IV. Etude clinique (éléments communs à toutes les hernies) :

- Signes fonctionnels : le motif de la consultation est le plus souvent :
 - Une simple gêne à un point précis de la paroi, plus importante en position debout ou à l'effort physique (l'effort de toux). On peut avoir aussi une sensation de pesanteur ou de tiraillement ou parfois une douleur vive à l'effort.
 - Une apparition récente d'une tuméfaction lors de la station debout ou à l'effort. Cette masse disparaît en position couchée.
- Antécédents : tabagisme (bronchite) – sédentarité – hygiène alimentaire – profession (efforts physiques, station debout prolongée).

- Signes physiques :

Ils permettent de confirmer le diagnostic évoqué à l'interrogatoire par la recherche des trois critères de la hernie : la hernie non compliquée est : indolore, expansives et réductible. L'examen clinique se fait en position debout et couchée.

- A l'inspection on recherche:
 - le siège et la taille de la voussure
 - critère d'expansion en demandant au malade de tousser ou de se mettre debout.
 - Etat cutané (absence d'infection cutanée).
- A la palpation :
 - Sensibilité de la voussure
 - Réductibilité : on réintègre manuellement avec douceur la masse jusqu'à sa disparition
 - Orifice : une fois la hernie intégrée on pourra apprécier le diamètre de l'orifice herniaire
 - Contenu : la palpation de la hernie permet parfois de définir la nature du viscère,
Exemple : un contenu grenu est en faveur de l'épiploon, un contenu gargouillant est en faveur d'anses grêles.
- Le reste de l'examen clinique doit rechercher les facteurs favorisant à savoir :
 - Insuffisance respiratoire, bronchite chronique : **auscultation pulmonaire**
 - Adénome de la prostate : **toucher rectal**.
 - Masse abdominale (KHF, hépatomégalie, fibrome utérin, ascite...) : **palpation abdominale**, toucher pelvien.

V. Formes cliniques topographiques :

A. **Hernies de l'aîne** : on rencontre deux types de hernies de l'aîne : les hernies **inguinales** et les hernies **crurales**.

1) Les hernies inguinales : sont des hernies qui se développent au dessus de la ligne de Malgaigne, ligne qui part de l'épine iliaque anterosupérieure à l'épine du pubis. Dans les hernies inguinales on distingue les hernies indirectes et les hernies directes.

a) La hernie inguinale indirecte : appelée aussi hernie oblique externe ou congénitale est de loin la plus fréquente (50% des hernies de l'aîne). La hernie suit un trajet indirect en empruntant l'orifice profond du canal inguinal, puis traverse le canal et enfin sort par l'orifice externe. A un stade avancé le sac descend jusqu'au scrotum chez l'homme ou les grandes lèvres chez la femme. Le sac suit donc le trajet du cordon spermatique (ou le ligament rond chez la femme) à cause de la persistance du canal péritonéovaginal.

Rappel embryologique : pendant la vie intra-utérine, le testicule est en intra abdominal. Sa migration dans les bourses se fait vers le 7^{ème} ou 8^{ème} mois. Il existe alors une communication entre la cavité abdominale et la vaginale (séréuse du testicule) par un canal appelé canal péritonéovaginal. A la naissance ce canal se ferme et disparaît. Sa persistance (anomalie) entraînera un contact entre l'abdomen et les bourses et facilitera le passage des viscères de la cavité abdominale vers les bourses en passant par plusieurs stades évolutifs.

Examen clinique :

La hernie se présente comme une voussure qui apparaît dans la région inguinale au dessus de la ligne de Malgaigne et descend obliquement de dehors en dedans (H oblique externe) vers le scrotum avec des stades intermédiaires.

Le diagnostic de la hernie étant fait par l'existence des trois critères (voussure indolore, impulsive à la position debout ou à l'effort de toux, réductible spontanément à la position couchée ou manuellement)

Le diagnostic topographique et le stade de la hernie sont appréciés par la manœuvre de l'indexe. Ce dernier coiffé par le scrotum pénètre par l'anneau inguinal externe élargi dans le canal inguinal. En demandant au malade de tousser la pointe du doigt va sentir le bout du sac. On décrit successivement la pointe de hernie (à l'orifice profond du canal inguinal), la hernie pariétale (dans le canal), la bubonocèle (à l'anneau inguinal), la hernie funiculaire (à la racine des bourses) et la hernie inguinoscrotale (qui occupe le scrotum). L'examen clinique est complété par l'examen de la région inguinale controlatérale

b) La hernie inguinale directe : dite aussi hernie acquise ou de faiblesse. Le point faible où fait saillie le sac se trouve en dedans de l'orifice profond du canal inguinal (fossette inguinale moyenne). La hernie se fait donc directement d'arrière en avant. L'examen retrouve une déformation impulsive, réductible et indolore siégeant au dessus de la ligne de Malgaigne, se reproduisant d'arrière en avant sans descendre vers la racine des bourses. En explorant le trajet le doigt refoule le sac d'avant en arrière.

Diagnostic différentiel :

Lipome – ectopie testiculaire (bourse vide) – hydrocèle vaginal (test à la lumière : trans illumination) – kyste du cordon - adénopathie.

2) les hernies crurales : la hernie emprunte l'anneau crural, ce dernier laisse passer l'artère et la veine fémorale, il est fibreux et inextensible d'où sa tendance à l'étranglement. C'est une hernie de faiblesse, plus fréquente chez la femme. Le contenu est le plus souvent intestinal ou vésical. Le volume est souvent petit. L'examen se fait de préférence malade couché, le membre en abduction hors du lit. On retrouve une déformation impulsive à la toux, réductible par la pression manuelle et son pédicule s'enfonce sous la ligne de Malgaigne en dedans des vaisseaux fémoraux.

B) hernies ombilicales : fréquente chez le nourrisson ou l'enfant souvent congénitale et de contenu épiploïque.

C) Hernie de la ligne blanche (sus et sous ombilicale) : congénitale et aggravée par les efforts, elle est secondaire à un défaut d'union par endroit des deux aponévroses du muscle grand droit.

VI. Complications des hernies :

Etranglement : c'est la striction de l'anneau sur le sac herniaire. Le facteur déclenchant est essentiellement les efforts violents inhabituels. Ces derniers entraînent une protrusion plus importante en volume qui ne peut se réduire spontanément à cause de l'œdème créé par la compression de l'anneau sur le collet.

Il va y avoir un tableau d'occlusion intestinale aiguë: douleur intense, ballonnement le degré du ballonnement est en fonction du segment digestif intéressé (grêle – colon) et arrêt des matières et des gaz l'examen retrouve une tuméfaction régulière, tendue et surtout douloureuse (spontanée et à la palpation). La masse n'est ni réductible ni impulsive alors que dans les antécédents le patient décrivait une masse impulsive et réductible. Parfois la peau en regard de la masse est luisante et rouge témoignant de l'évolution infectieuse de l'étranglement (abcès par perforation).

Si l'étranglement de l'anse intestinale se poursuit il évoluera vers la nécrose, la gangrene puis la perforation de l'anse d'où l'installation en plus de l'occlusion d'un tableau soit d'une péritonite aiguë (anse en W) soit d'un abcès de parois donnant un aspect d'un phlegmon pyo-stercoral (gangrene pariétale). Ces complications mettent en jeu le pronostic vital si elles ne sont pas diagnostiquées et traitées à temps.