

1) 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.

2) Etudes clinique :

▪ Signes physiques :

A l'inspection : *on recherche*

- Siège et la taille de la voussure.
- Critère d'expansion.
- Etat cutané (absence d'infection cutanée).

A la palpation : *on recherche*

- Sensibilité de la voussure
- Réductibilité
- Diamètre de l'orifice : (hernie intégrée)
- Contenu : la nature du viscère.

▪ Signes fonctionnels :

- Une simple gêne, plus importante en position debout ou à l'effort physique (l'effort de toux).
- Une sensation de pesanteur ou un tiraillement
- Une apparition récente d'une tuméfaction.

▪ Antécédents :

Tabagisme (bronchite) – sédentarité.

NB : Les trois critères de la hernie non compliquée
indolore, expansive et réductible.

3) Les facteurs favorisants :

- Insuffisance respiratoire, bronchite chronique : *auscultation pulmonaire*
- Adénome de la prostate : *TR/*
- Masse abdominale (KHF, hépatomégalie, fibrome utérin, ascite...) : *palpation abdominale TV.*

3) Formes cliniques :

Par ordre de fréquence on rencontre : *les hernies inguinales, ombilicales, de la ligne blanche et crurales.*

***Hernie de l'aine :** *on rencontre les hernies inguinales et les hernies crurales.*

▪ Hernies inguinales :

Au-dessus de **la ligne de Malgaigne** ; ligne qui part de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis.

Hernies indirectes (congénitale ou oblique externe).

Hernies directes (dite aussi acquise ou de faiblesse).

▪ La hernie inguinale indirecte

- Suit un trajet indirect (*l'orifice profond du canal inguinal, et sort par l'orifice externe*).
- Le sac descend jusqu'au scrotum chez l'homme ou les grandes lèvres chez la femme (*Stade avancé*).
- Se présente comme une voussure (*dans la région inguinale au-dessus de la ligne de Malgaigne et descend obliquement de dehors en dedans vers le scrotum avec des stades intermédiaires*).
- Le diagnostic : 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 (*manœuvre de l'index*).
- On décrit : *la hernie pariétale (dans le canal), la hernie bubonocèle (à l'anneau inguinal), la hernie funiculaire (à la racine des bourses) et la hernie inguino-scrotale (qui occupe le scrotum).*

▪ La hernie inguinale directe

- Le point : en dedans de l'orifice profond du canal inguinal (*fossette inguinale moyenne*).
- La hernie se fait donc directement d'arrière en avant.
- 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.

***Hernies ombilicales :** *fréquente chez le nourrisson ou l'enfant souvent congénitale et de contenu épipélagique.*

***Hernie de la ligne blanche :** *congénitale et aggravée par les efforts, secondaire à un défaut d'union des deux aponévroses du muscle grand droit.*

***Autres hernies :** *les hernies ischiatiques, obturatrices ou de Spiegel sont rares*

4) Complications :

Etranglement : 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. Le facteur déclenchant : les efforts violents inhabituels. Il va y avoir un tableau d'occlusion intestinale aiguë (douleur intense, ballonnement et arrêt de matières et des gaz).

Tuméfaction régulière, tendue douloureuse, ni réductible ni impulsive, parfois peau luisante et rouge (l'évolution infectieuse de l'étranglement, abcès par perforation), évoluera vers la **nécrose**, la **gangrène** puis la **perforation de l'anse** d'où l'installation en plus de l'**occlusion** d'un tableau soit d'un **péritonite aiguë** (anse en W) soit d'un **abcès de parois** donnant un aspect d'un phlegmon Pyostercora (gangrène pariétale).