

Les hernies et les hernies incisionnelles (éventrations)

La hernie se développe chaque fois que le contenu d'un espace anatomique sort de façon anormale des tissus environnants ou d'une cavité du corps

- **Le défaut dans les structures de résistance est généralement mentionné comme un anneau ou collet, alors que la « poche » porte le nom de sac.**
- **Bien qu'un sac peut ou ne pas être présent, toutes les hernies , par définition, sont associées à une faiblesse, défaut ou dilatation d'un orifice de la paroi abdominale.**

Classification anatomique :

- hernie inguinale, hernie fémorale, hernie épigastrique ou ombilicale

- hernies rares : obturatoires, spigélienne, lombaire, sciatique, périnéale.

Cliniquement:

Coercible ou incoercibles

**Irréductible, incarcerated (sans
lésions vasculaires)**

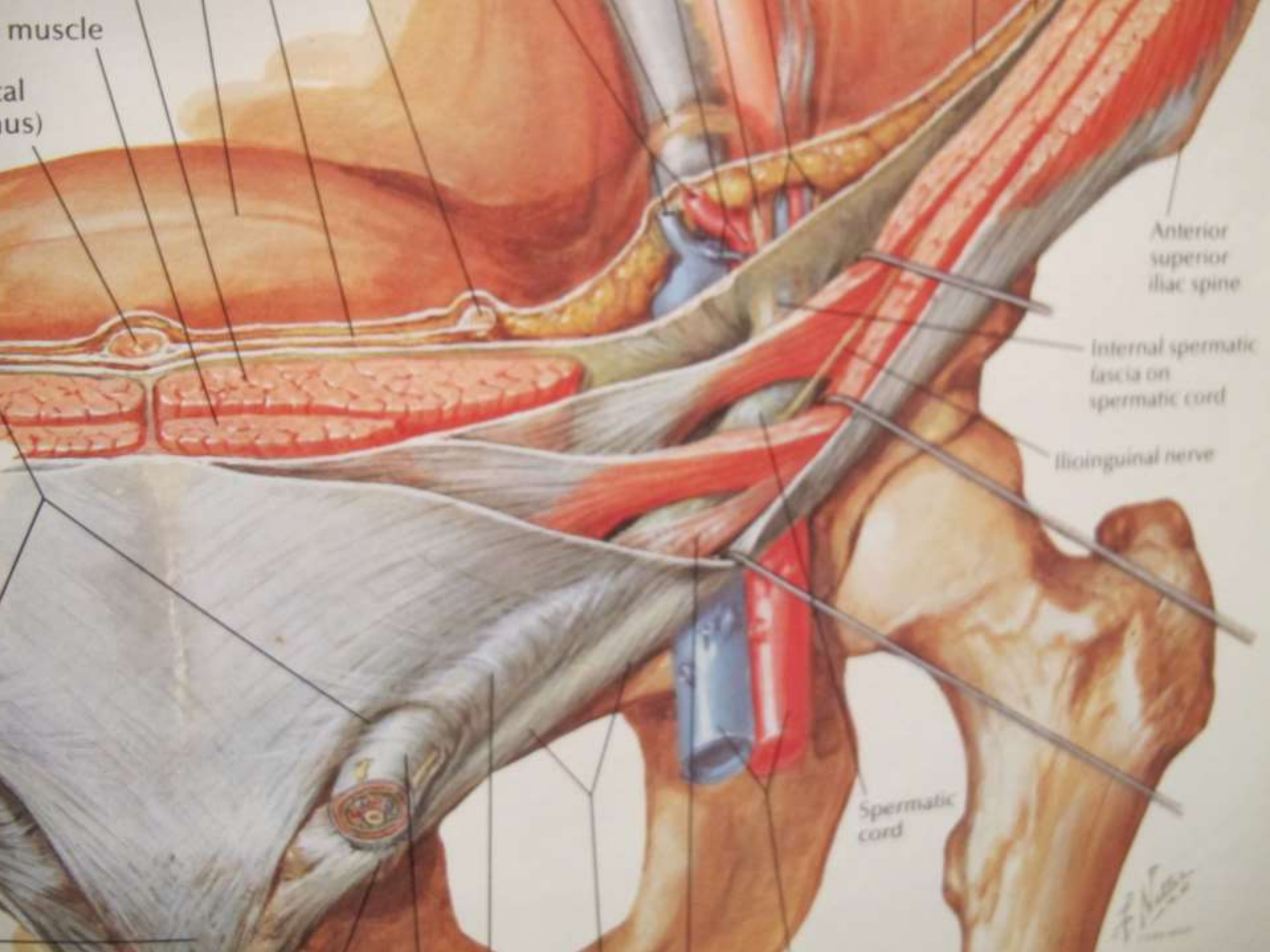
Etranglée (avec lésions vasculaires)

Anatomie du canal inguinal

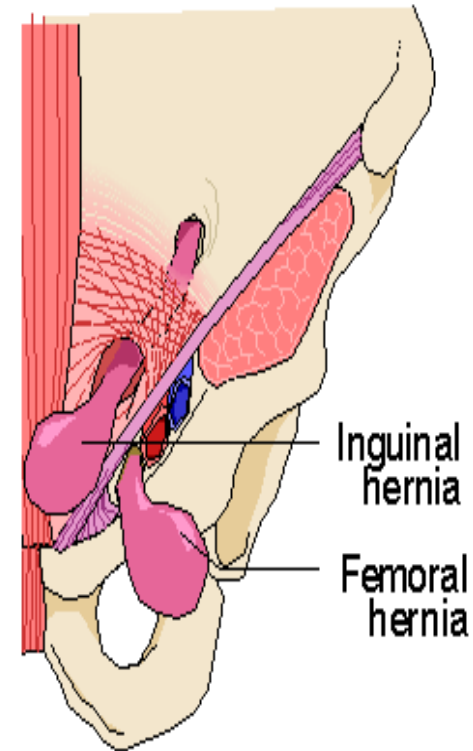
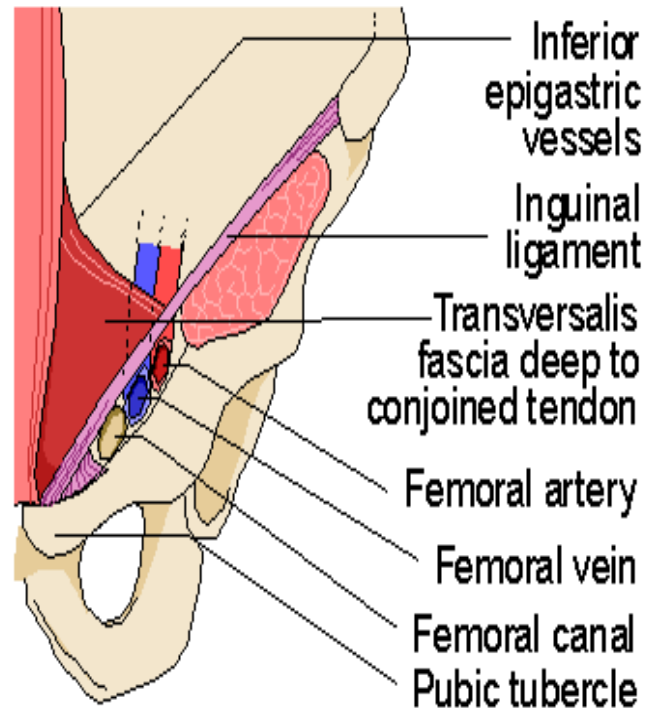
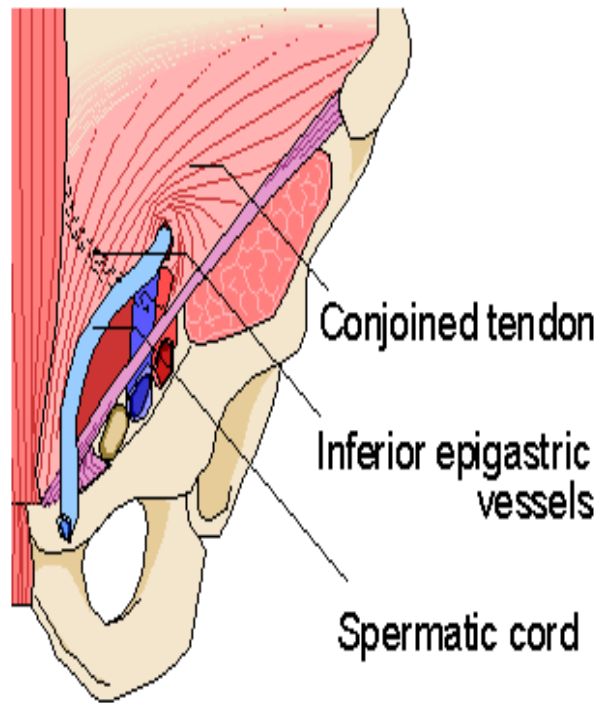
- Antérieurement : l'aponévrose du muscle oblique externe
- Postérieurement : le tendon conjoint avec le tendon des muscles oblique interne et transverse abdominal
- Le plafond fibres du muscle interne oblique et transverse abdominal
- Le plancher le ligament inguinal
- Médialement la symphyse pubienne
- Latéralement : l'épine iliaque antéro-supérieure

Le contenu du canal inguinal:

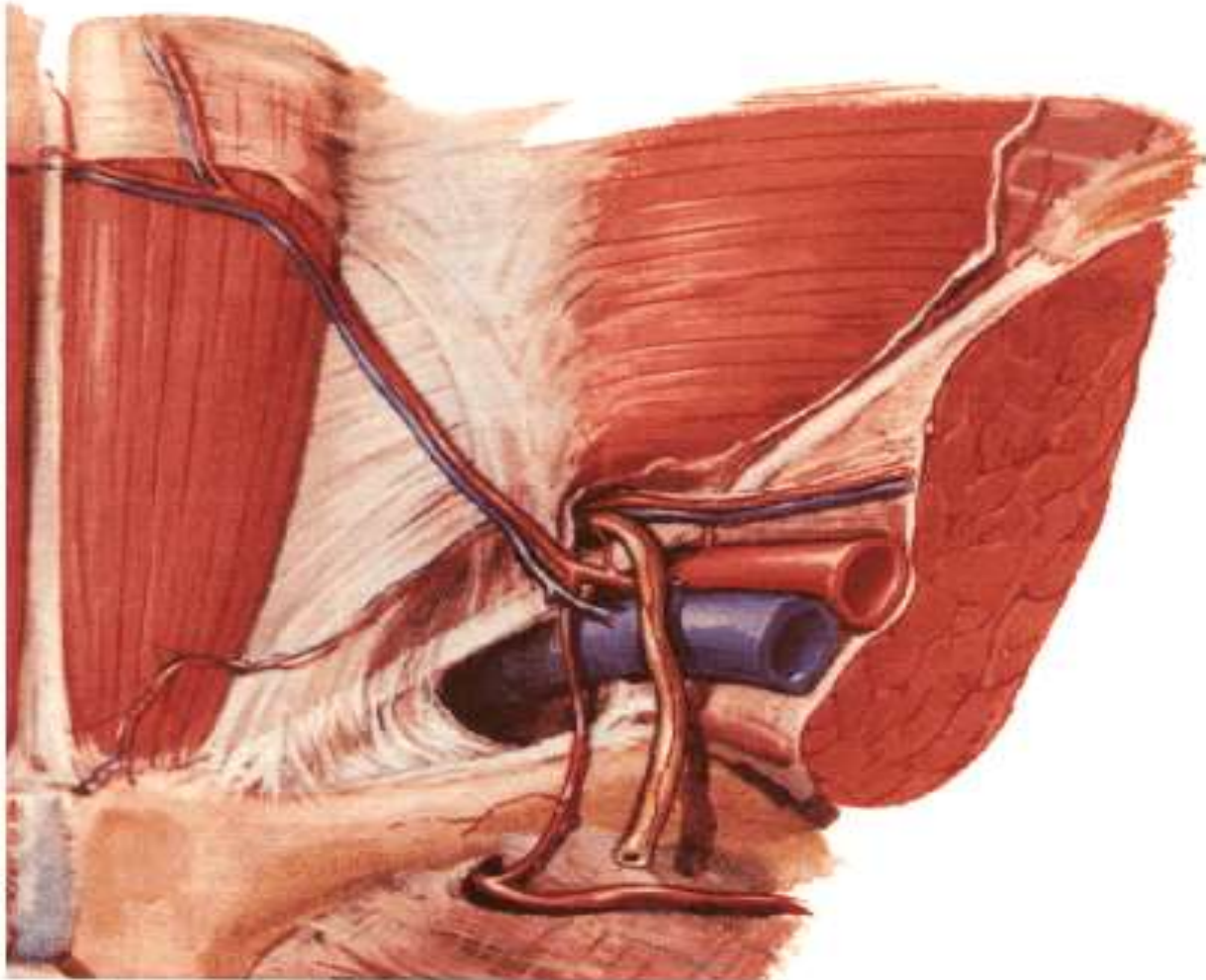
- Le cordon spermatique chez l'homme
- Le ligament rond chez la femme



Anatomy of the inguinal region



The inguinal region (posterior view)



Définitions concernant le contenu de la hernie

- Réductible : le contenu peut être introduit dans la cavité abdominale
- Irréductible incarcérée (contenu viable)
- Etrangulée (contenu ischémique ou nécrotique)
- La hernie de Richter est une hernie qui a strangulé une partie de la paroi intestinale, sans cependant compromettre la lumière (la strangulation n'est pas exclue)

Contenu: peut être le côlon à gauche , le caecum à droite ou la vessie urinaire des deux côtés

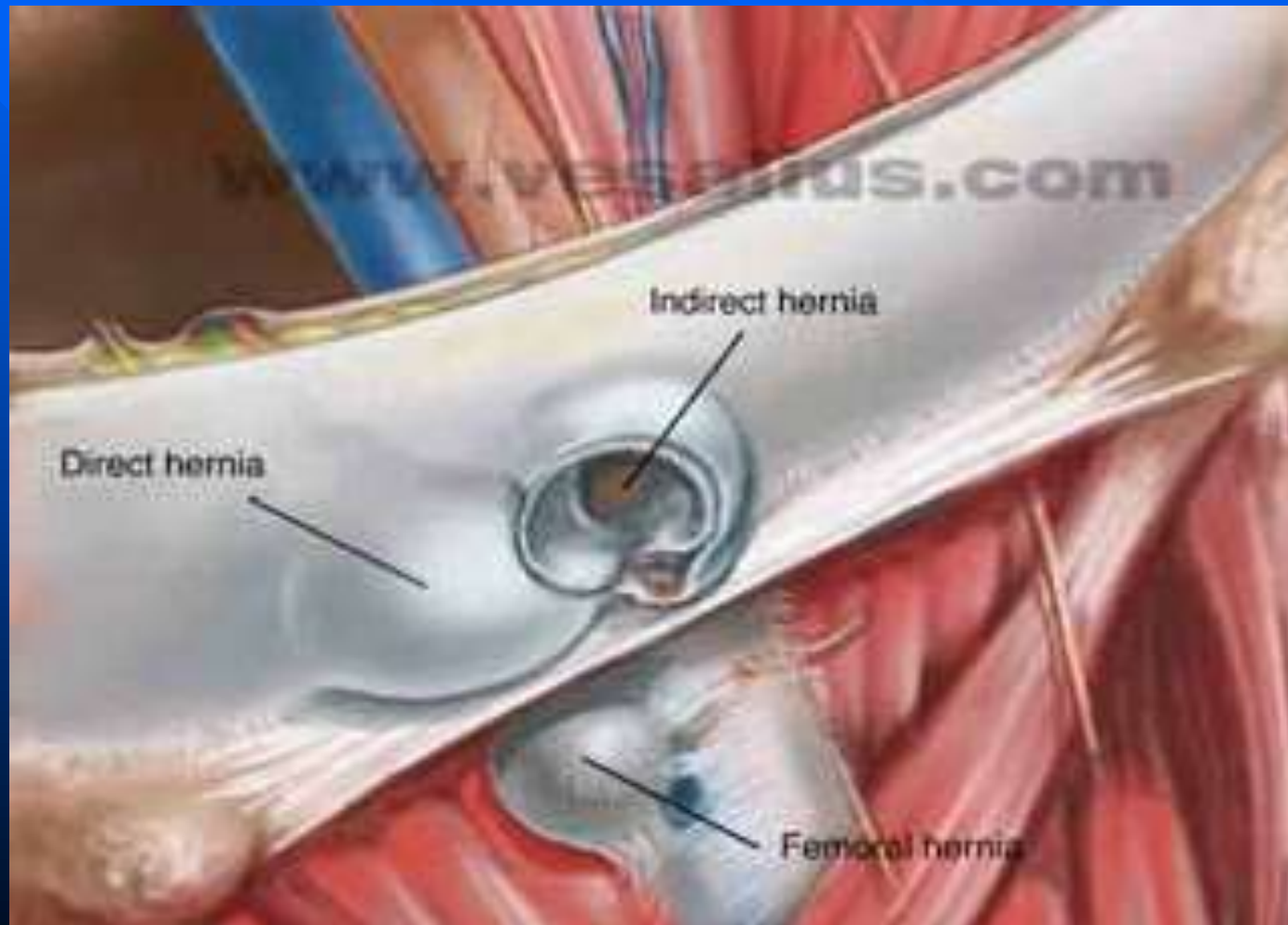
La hernie inguinale

- une protrusion d'une partie du contenu abdominal au travers du canal inguinal
- 75 pour cent des hernies
- Plus communes chez les hommes que chez les femmes

Classification anatomique de la hernie inguinale

- La hernie **directe** - passe par le triangle de Hasselbach , un point faible de la paroi postérieure du canal inguinal
- Les hernies **indirectes**:
 - oblique externe orifice profond du canal inguinal
 - oblique interne orifice superficiel du canal inguinal
- Congénitale ou acquise

Types of inguinal hernia



Facteurs favorisants

- Pression abdominale accrue: toux chronique
- Activité physique intense
- Effort pendant la défécation ou miction (cancer rectal ou du côlon, hypertrophie de la prostate, constipation)
- Obésité, grossesse
- Présence congénitale d'un trajet anatomique (hernie congénitale)

Symptômes

- Symptômes locaux : jenne, brulure ou inconfort inguinal (il y a également des hernies sans douleurs)
- Un dans la région inguinale
- STRANGULATION, intervention chirurgicale d'urgence **DOULEUR vive**
- Incarceration: irreductible, pas de douleur

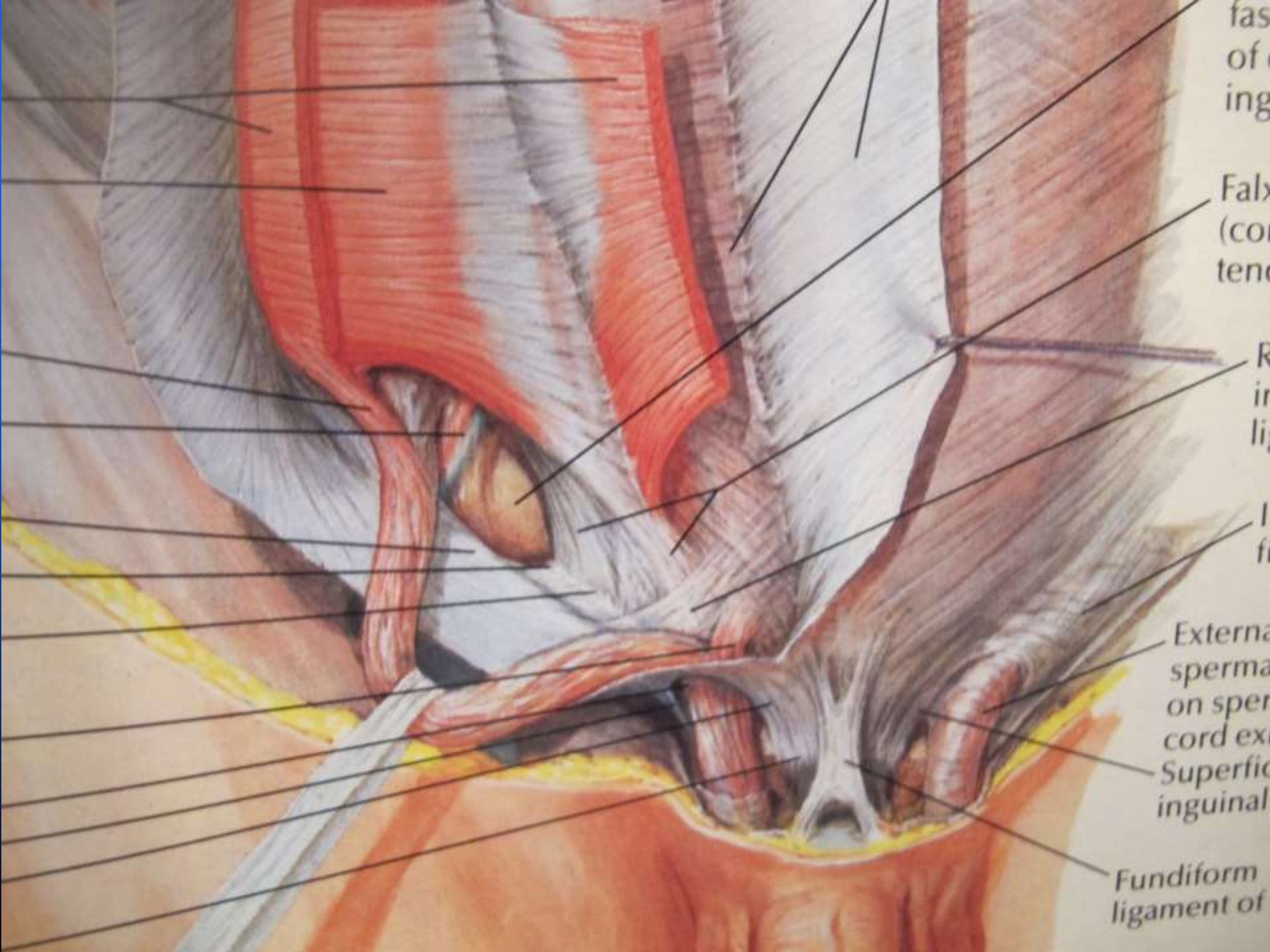
Symptômes

EX PHYSIQUE

- Douleur abdominale
- Vomissements
- Arrêt du transit intestinal
- Distension abdominale
- Un petit defect est plus dangereux , parce qu'il peut être facilement strangulé



- Inspection de la formation au niveau de la région inguinale, pulsatile en cas de toux
- Palpation : examen du patient en décubitus dorsal et en orthostatisme
- Palpation de l'anneau superficiel par le scrotum
- Réductible/irréductible
- Directe/indirecte
- Percussion et auscultation
- La hernie contenant des anses intestinales présente du tympanisme lors de la percussion



fas
of
ing

Falx
(con
tend

R
in
lig

I
fr

Externa
sperma
on sper
cord ex
Superfic
inguinal

Fundiform
ligament of



Diagnostic différentiel

- Hernie fémorale- latérale et inférieure du lig inguinal – ligne de Malgaine
- Nodules lymphatiques –sans impulsion lors de la toux
- Localisée habituellement sous le ligament inguinal
- Varicocèle : dilatations des veines dans le cordon spermatique, visibles lorsque le patient est en orthostatisme

- ❑ L'hydrocèle – n'est pas réductible –
il n'apparaît que chez les hommes
- ❑ Testicule non décelable : absence
du testicule dans le scrotum
(ectopique)
- ❑ Hématome

Complications

- **Incarcération**
- **La strangulation – infarctus ou nécrose du contenu, perforation d'une anse intestinale**
- **Complications rares – effets de la pression sur les structures locales au voisinage du sac**
- **Rupture de la hernie (traumatismes)**

Traitement conservateur

- Réduction de la hernie
- Il faut agir avec douceur
- L'antalgie ou la sédation peuvent être nécessaires
- Si on ne la réduit pas après quelques minutes de pression continue, il faut opérer d'urgence (risque de lésions du contenu du sac)

TT CHIRURGICAL

- **Elimination ou contrôle des facteurs ayant favorisé l'évolution de la hernie**
- **Elimination totale du sac herniaire ou arrêt de la communication avec la cavité abdominale**
- **Correction de tout défaut associé au rétrécissement d'un hiatus normalement situé –transfert de la structure d'appui , afin de dépasser toute faiblesse fasciale**
- **Implantation d'un fascies autogène ou materiel synthétique (filet)**

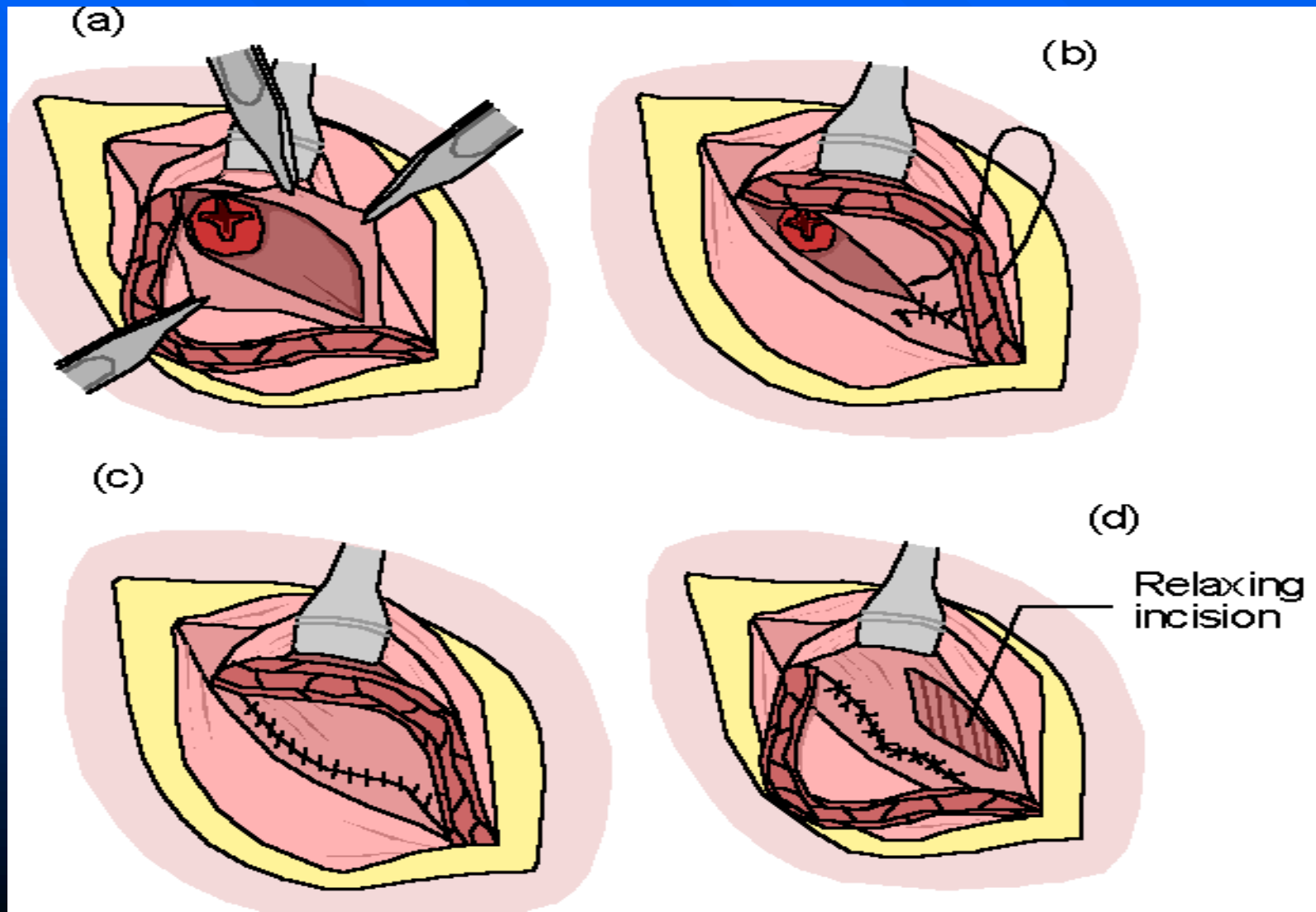
Techniques

- On a décrit plusieurs techniques
- Les plus utilisées :
- Halsted, Bassini, Shouldice, McVay, Ferguson
- Accès - transpéritonéal (rarement utilisé)
 - inguinal
- Classification anatomique des techniques :
préfuniculaire, rétrofuniculaire
- BUT: réparation de la paroi abdominale

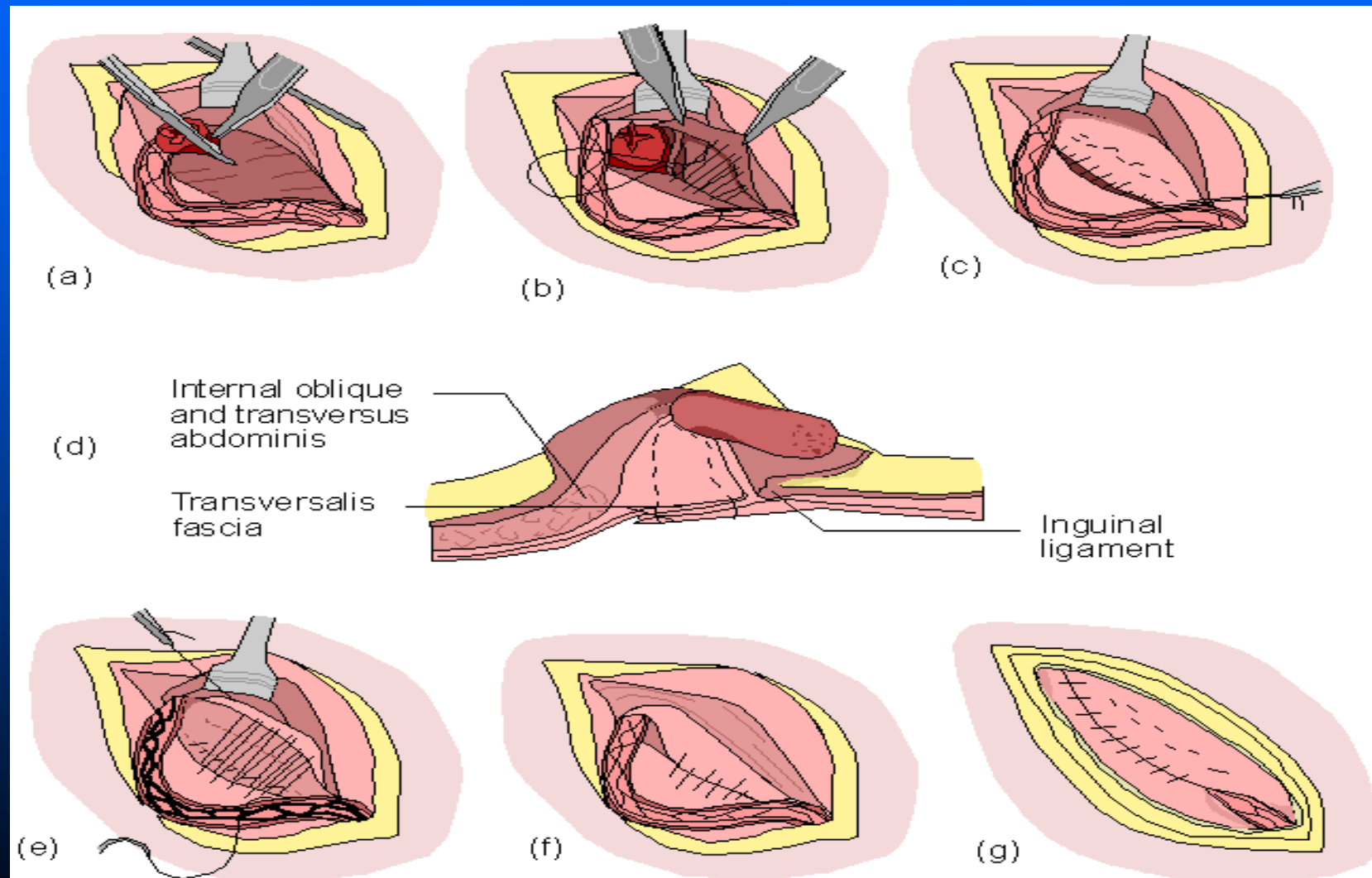
Technique

- **Incision inguinale**
- **Incision de l'aponévrose du muscle oblique externe – ouverture du canal inguinal**
- **Dissection du cordon spermatique et isolement du sac de hernie**
- **Ouverture du sac – vérification et repositionnement de son contenu ou ligature et excision du sac herniaire**
- **Reconstruction de la paroi abdominale**

McVay procedure (retrofunicular)



Shouldice procedure (anatomical)



Réparation laparoscopique de la hernie inguinale

- On l'utilise plutôt dans les hernies indirectes sans défaut musculaire de la paroi abdominale
- La herniorraphie laparoscopique par implantation de filet synthétique, afin d'éliminer le défaut musculaire associé à la hernie inguinale – c'est la procédure la plus utilisée

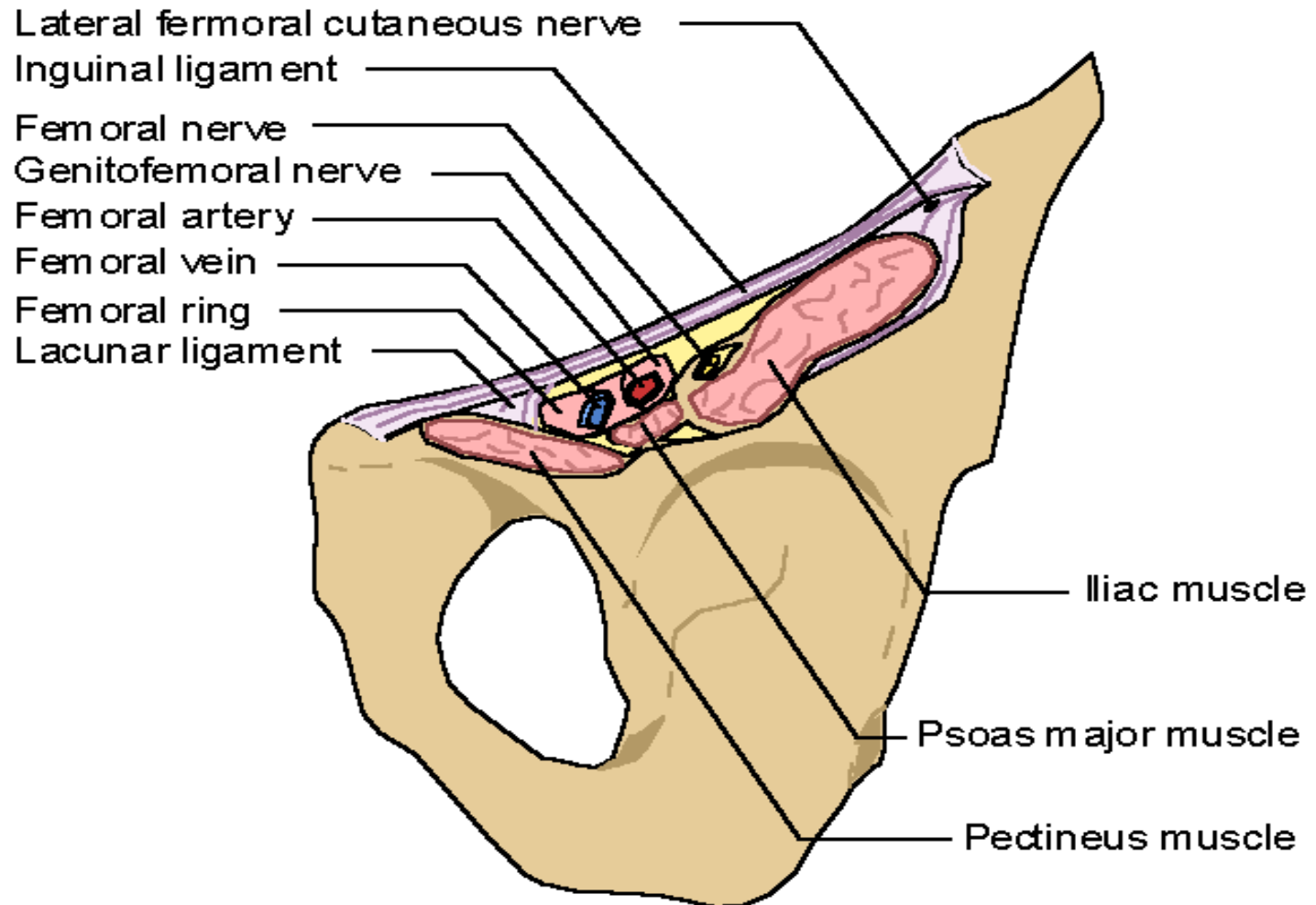
Hernie fémorale

- Définition – protrusion du péritoine à travers le canal fémoral
- Peut contenir des viscères abdominaux, de la graisse extra-péritonéale
- Quatre fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes
- L'incidence augmente avec l'âge

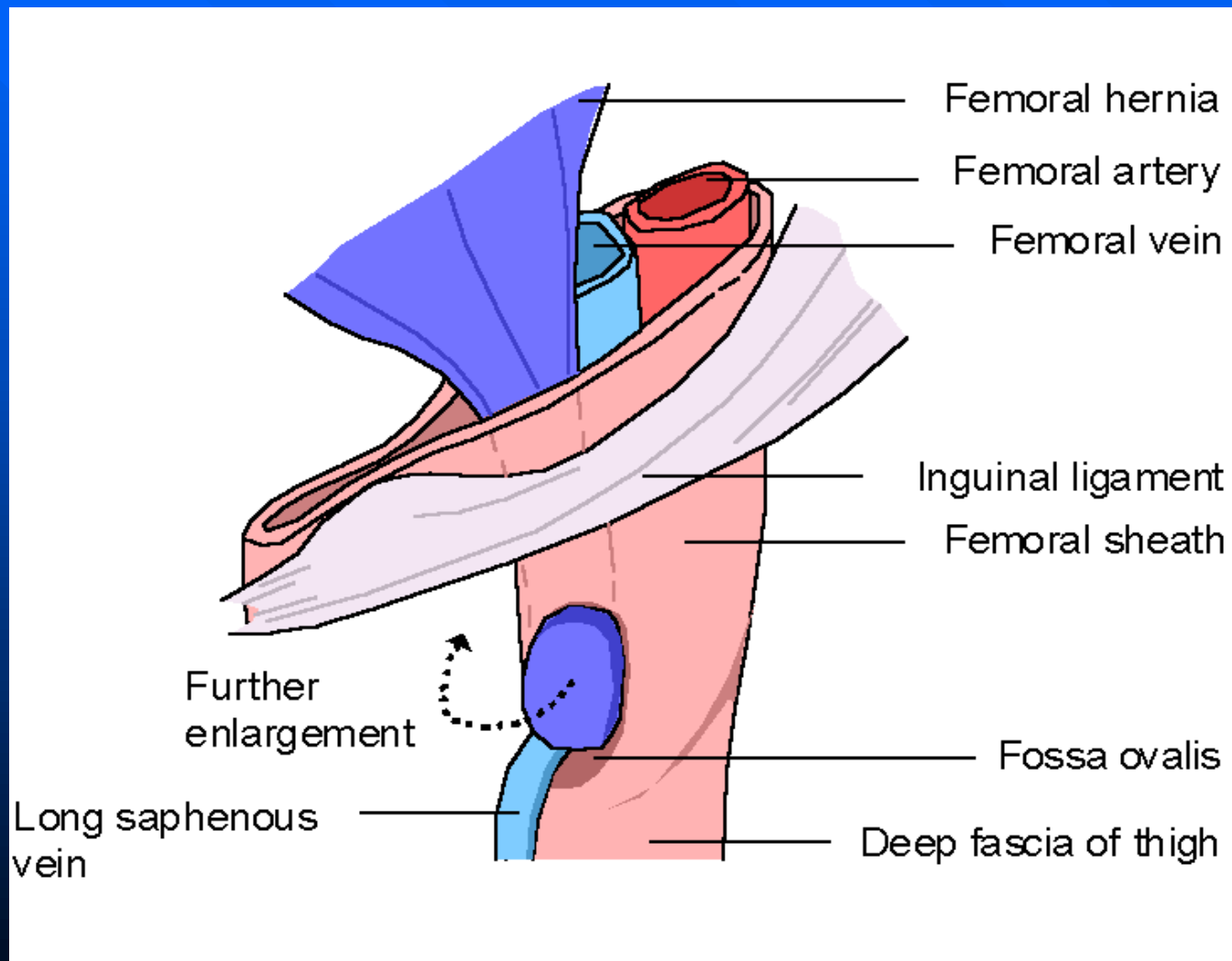
Anatomie du canal femoral

- **Limites:**
- **Antérieure : le ligament inguinal**
- **Postérieure : le ligament pectinéal (de Cooper)**
- **Latérale : le muscle iliopsoas **,**
- **Le contenu (à parftir du côté latéral vers le médian)**
- **Le nerf fémoral et génito-fémoral**
- **L'artère fémorale**
- **La veine fémorale**
- **Le sac progresse normalement vers le foramen ovale**

Anatomy of the femoral canal



Development of femoral hernia



Caractéristiques cliniques

- Si elle est réductible, il peut y avoir une vausure asymptomatique ou un inconfort local intermittent
- Si elle est irréductible, la formation tumorale et l'inconfort local deviennent des traits constants
- DOULEUR \equiv strangulation du grand oment dans le sac herniaire
- Occlusion \Rightarrow strangulation probable du grêle

A cause de l'anneau fémoral serré, la strangulation est plus fréquente que les hernies inguinales

Traitement

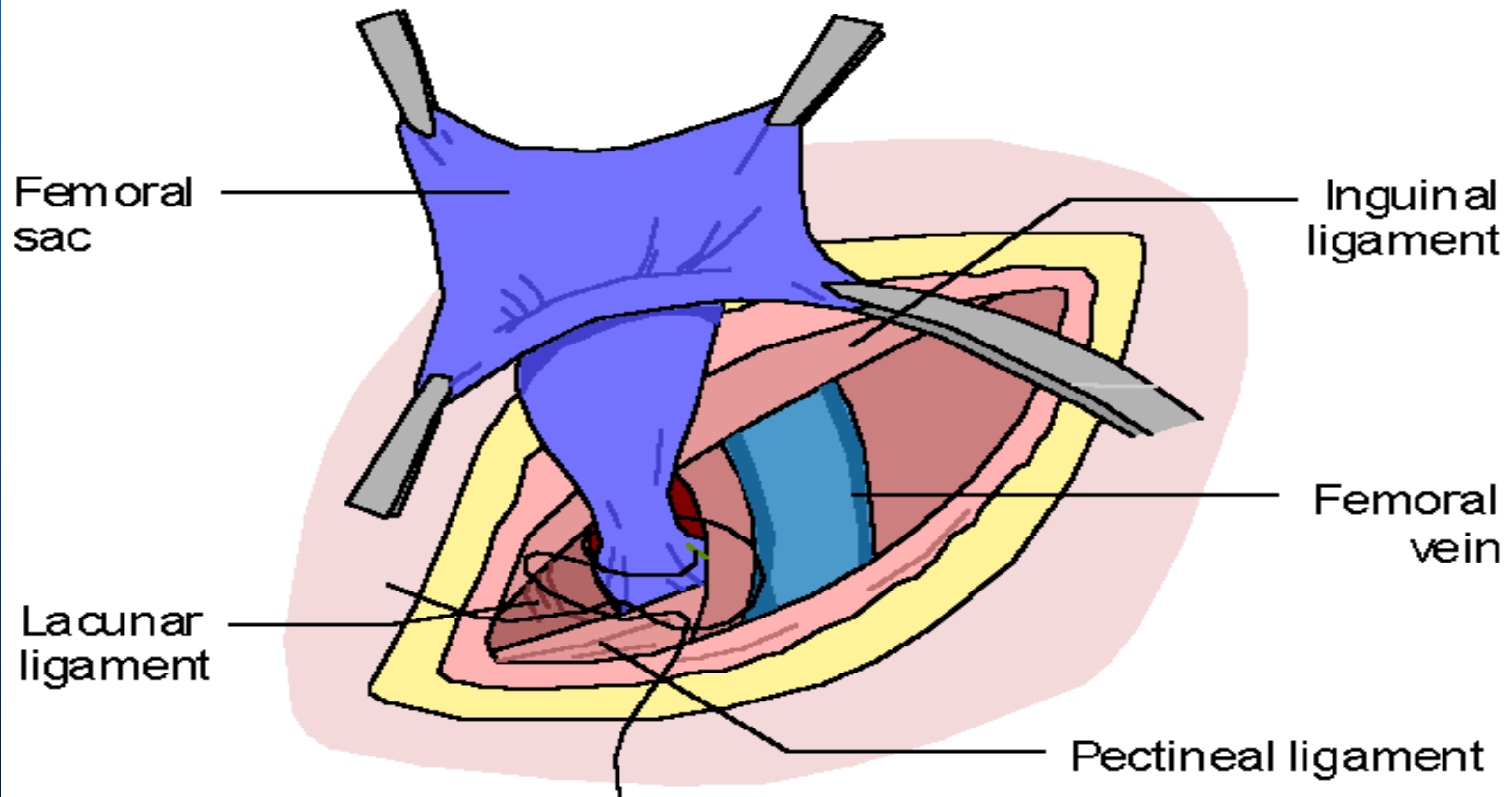
- Les hernies fémorales ne devraient pas être traitées de manière conservatrice (il est impossible de contrôler le collet de la hernie avec un bandage, et l'incidence de la strangulation est élevée)
- Principes de la cure chirurgicale des hernies fémorales
- Excision et réduction du sac herniaire
- Fermeture du défaut, de l'ouverture de l'anneau fémoral

L approche

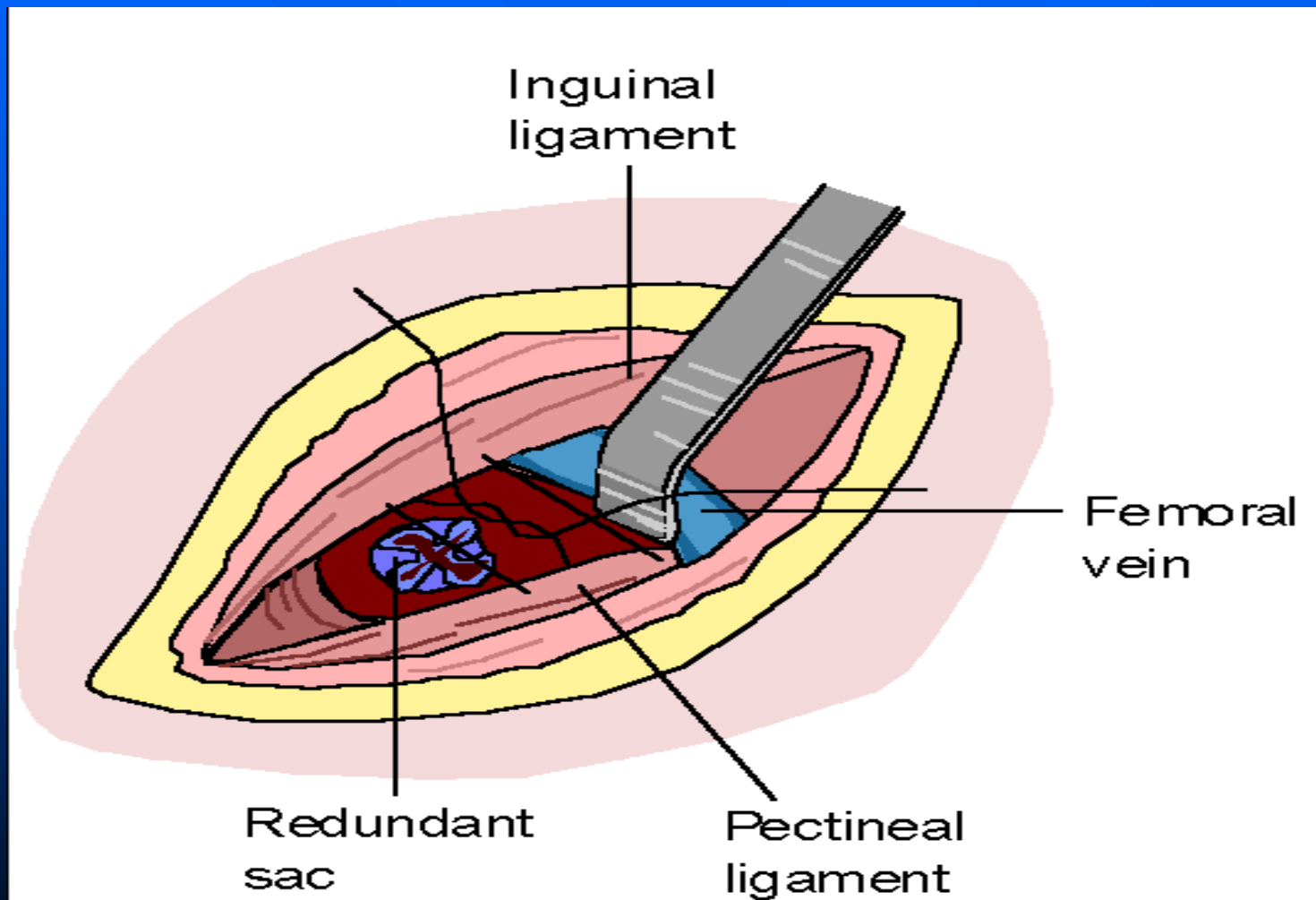
- **Abord bas (crural)**
- **Convient aux petites hernies , sans complication, pour un patient maigre**
- **L'incision est effectuée directement sur la hernie, parallèlement au ligament inguinal**
- **L'ouverture de l'anneau fémoral est rendue plus étroite en plaçant un ou deux fils non résorbables au milieu *** de l'anneau fémoral, en rapprochant le ligament inguinal et le ligament pectinéal**



Low approach – sac dissection



Low approach – apposition of the inguinal and pectineal ligament

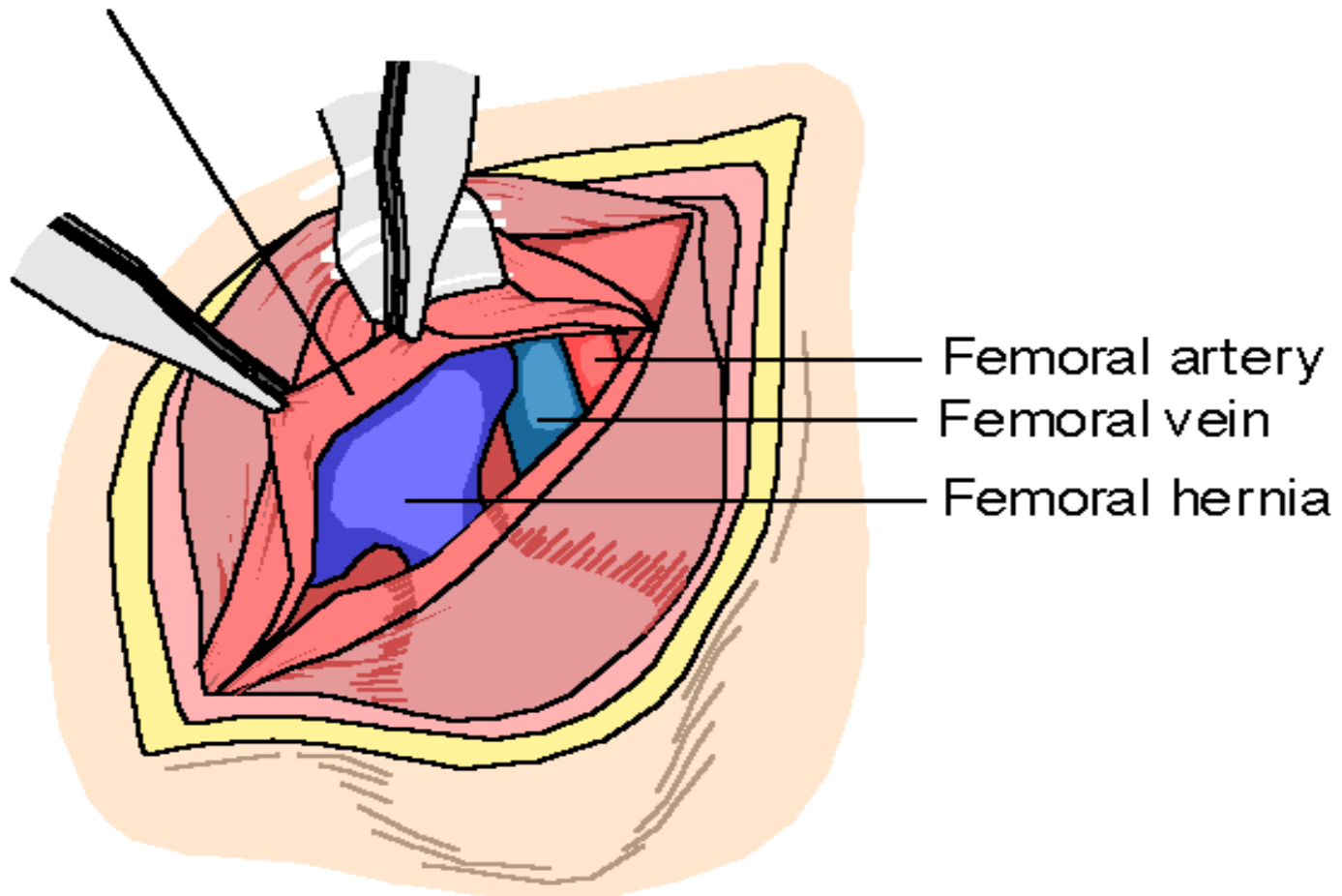


Abord inguinal

- Il s'avère utile lorsqu'une hernie inguinale concomittante doit être réparée, et –obligatoirement – quand une hernie fémorale a été diagnostiquée de façon fautive comme étant une hernie inguinale
- Même incision que pour une hernie inguinale
- L'abord du canal inguinal se fait à travers le fascies transverse, derrière la paroi du canal inguinal
- La fermeture des couches inguinales est effectuée, après, tout comme pour une hernie inguinale

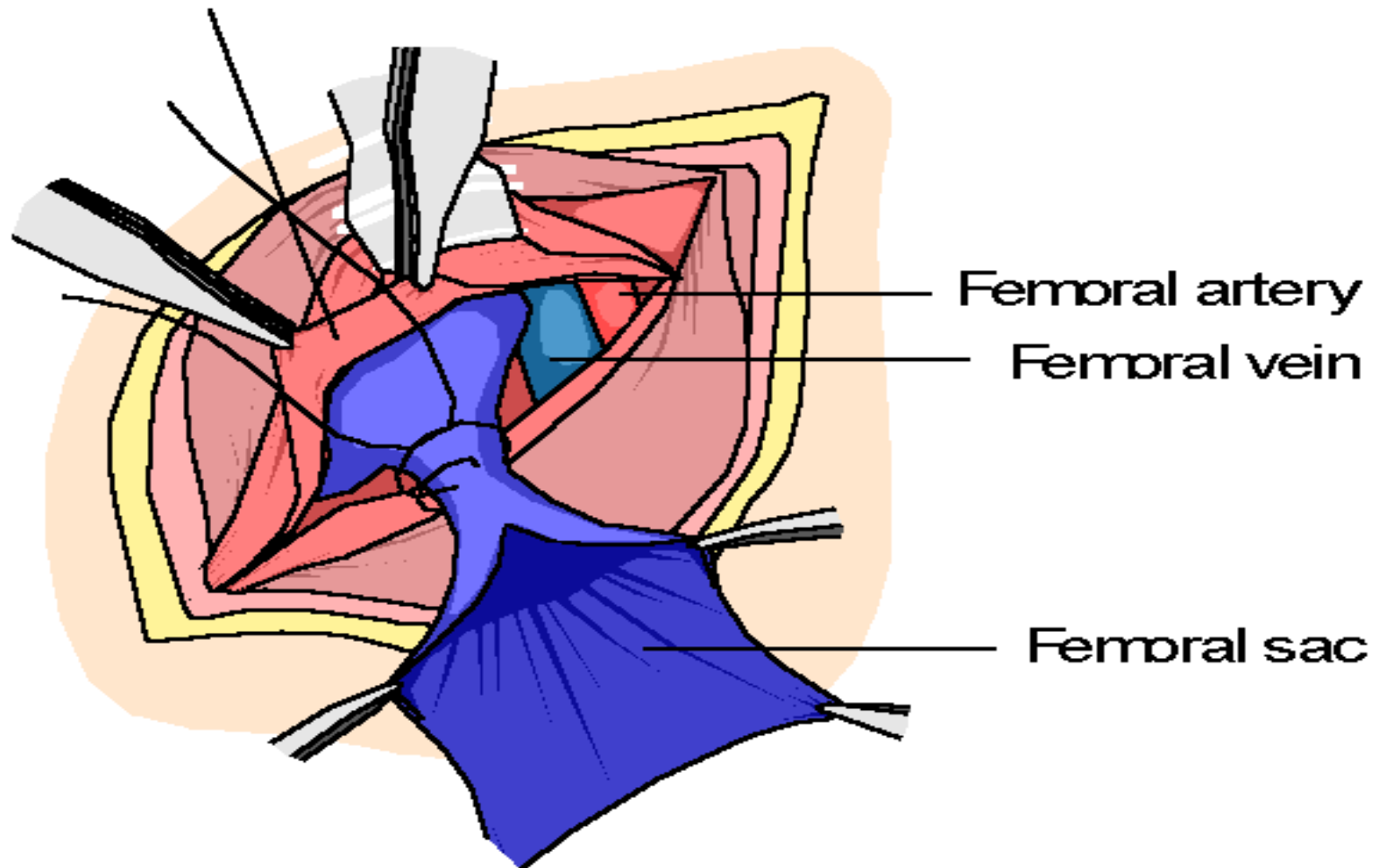
Inguinal approach

Transversalis fascia



Inguinal approach

Transversalis fascia



Hernie épigastrique

- ❑ Protrusion de la graisse prépéritonéale par un orifice dans la découssation ** des fibres de la ligne blanche dans la portion supraombilicale. Le défaut /defect** se forme ordinairement lorsque la ligne blanche est perforée par un vaisseau de sang
- Un sac péritonéal peut accompagner la graisse par défaut/defect** et peut contenir de l'oment, rarement dans l'intestin

La plupart : asymptomatiques

Rarement : douleurs vagues à la hauteur de l'étage abdominal, et nausée, associées à une sensibilité épigastrique (plus sévères lorsque le patient est en décubitus dorsal)

Hernie ombilicale

- **Congénitales : omphalocèle**
- **A la naissance : l'ombilic est absent , un large défaut/defect étant présent dans la paroi abdominale, par lequel le cordon ombilical pénètre dans les viscères**
- **Le péritoine – mais pas la peau – recouvre les viscères infantiles proéminents .**
- **Après la naissance :– à cause de l'échec de fusion du cordon ombilical avec l'anneau ombilical**
- **Toujours recouverte de peau**

- C'est une hernie acquise, qui apparaît à la suite des ruptures de la ligne blanche au-dessus de la cicatrice ombilicale, ou en dessous, moins souvent rencontrée
- Facteurs favorisants :
- Obésité, multiparité , ascite
- Symptômes gastro-intestinaux, dus à la traction entre le contenu de la hernie , et l'estomac et le côlon
- Elle a un petit gate*** ?
- L'incarcération et la strangulation sont souvent rencontrée
- L'opération en phase de débu

Massive paraumbilical hernia



Cure chirurgicale

- **Incision**
- **Dissection du sac**
- **Ouverture du sac et réduction du contenu**
- **Ligature et résection du sac Fermeture du défaut/defect en une ou deux couches (procédé de Mayo)**
- **On cas de grand défaut/defect on utilise le filet synthétique**

Hernie incisionnelle (éventration)

Les incisions peuvent échouer de deux manières :

- **Eviscération**: déhiscence de plaie -rupture partielle ou complète d'une incision abdominale fermée , avec protrusion ou éviscération du contenu abdominal avant la guérison cutanée
- **Eventration** : protrusion anormale d'un viscère par les couches musculoaponévrotiques d'une cicatrice après guérison cutanée

Etiologie

- **Facteurs postopératoires**
- **Obésité**
- **Syndrome urémique**
- **Anémie**
- **Diabète**
- **Malnutrition**
- **Maladies malignes**
- **Carence en vitamine C**
- **Age**
- **Administration de stéroïdes ou d'autres médicaments cytotoxiques**
- **Le sexe mâle**
- **Irradiation dans les antécédents**

Facteurs chirurgicaux

- Type de l'incision (médiale, pararectale, de Kocher)
- Choix du matériau de suture
- La méthode de fermeture de la plaie
- Infection

Facteur postopératoires

- Sepsis de la plaie
- Augmentation de la pression intraabdominale, à cause des facteurs postopératoires
- Analgésie postopératoire inadéquate
- Vomissements
- Toux, due au développement postopératoire des infections pulmonaires
- Distension brutale dans l'iléus paralytique

Caractéristiques cliniques

- La plupart sont asymptomatiques
- Des petits défauts/defects sont inesthétiques et peuvent apparaître au niveau de la peau qui recouvre une grande éventration

Eventration



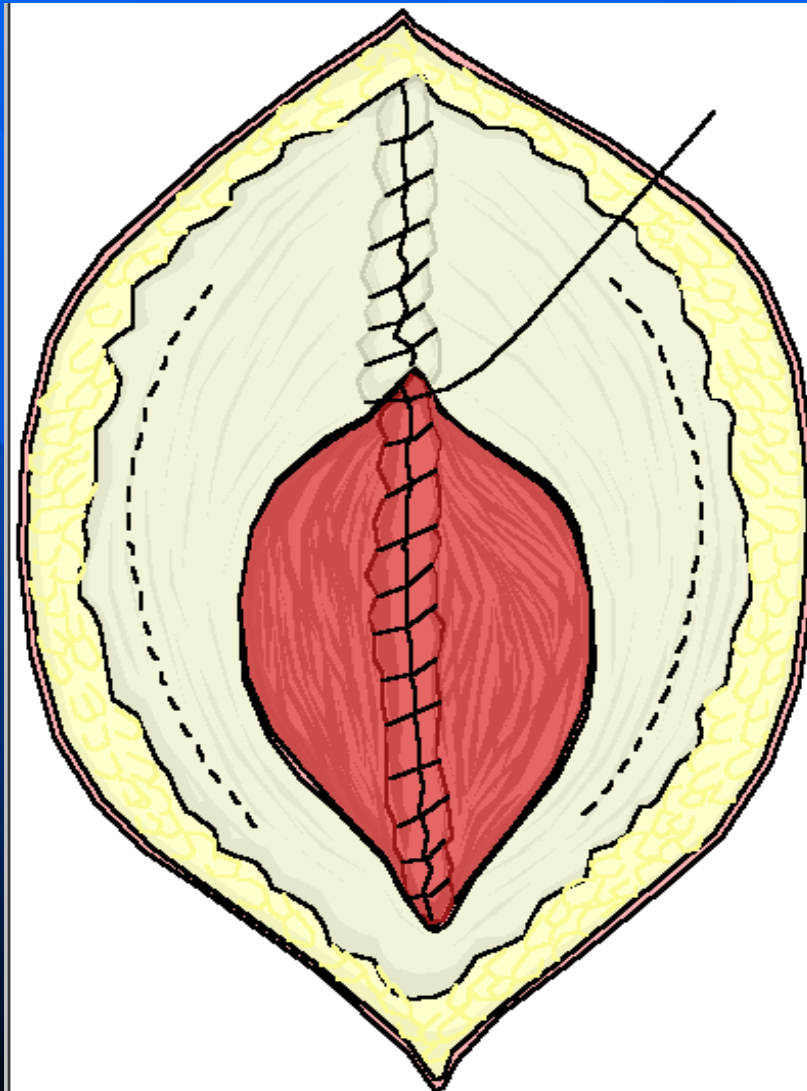
Prise en charge

- **Conservateur** – perte de poids , corset élastique
- **Traitement chirurgical** – types
- De la même façon qu'une incision de laparotomie est fermée
- Fermeture par du Nylon no.1
- La gaine du droit peut être superposée comme dans Mayo , fermeture en rever Le défaut/defect peut être réparé en utilisant un tissu nylon ou le fascies large

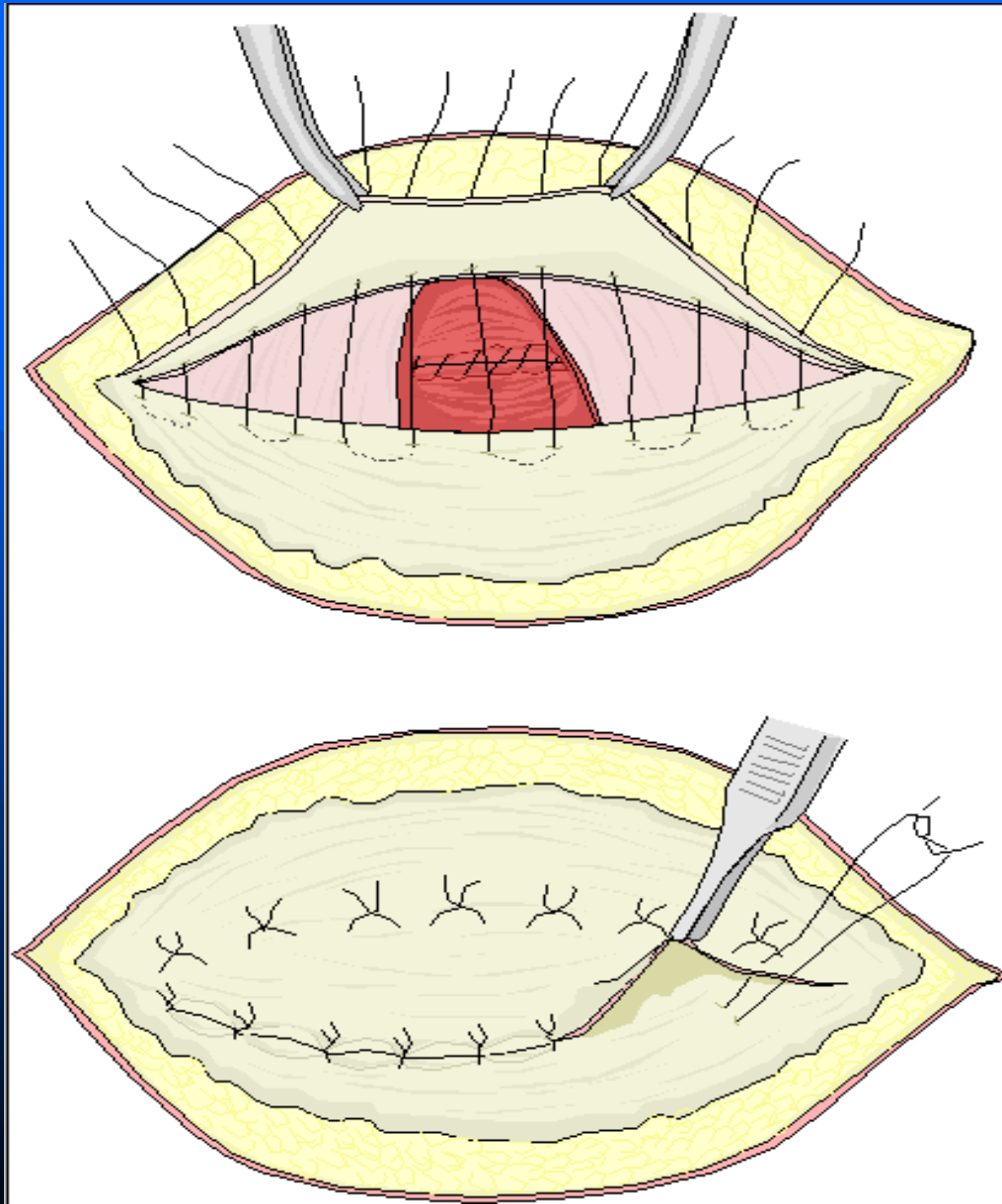
**Les incisions médianes basses
peuvent être fermées par
placement du muscle au –
dessus pour fermer le défaut**

**Les grands défauts peuvent être
réparés par implantation de **filet
non résorbables****

Fermeture simple



REVER



Synthetic mesh, filet

