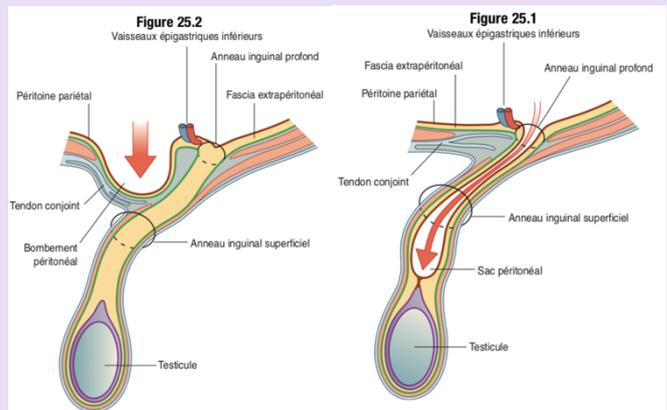


## Item 286 – Hernie pariétale

- **Hernie = passage d'une partie du contenu abdominal au travers d'un orifice musculo-aponévrotique naturel**
- **Hernie pariétale** : quand un sac péritonéal franchit le fascia transversalis
- **Hernies congénitales** = 95% des hernies de l'enfant : obliques externes, 2aires à absence d'oblitération du canal péritonéo-vaginal chez le garçon ou du canal de Nüch chez la fille
- **Hernies inguinales acquises** peuvent être **directes** ou **indirectes/obliques externes** (sac herniaire passe par l'origine inguinale profonde et longe le cordon spermatique ou ligt rond)



Anatomie

### Région inguinale & fémorale

#### Orifices & points faibles

##### A-Canal inguinal (Orifice profond)

N. Génito-Fémoral (génitale) & N. Ilio-inguinal

♂-Cordon spermatique: A&V gonadique, Conduit déférent & ses Vx. ♀-Ligt rond & ses Vx

##### B-Canal fémoral (crural)

→ Md: (Lacune vasculaire) Dh → DD:

A.V. fémoraux; N. Génito-Fémoral (fémorale)

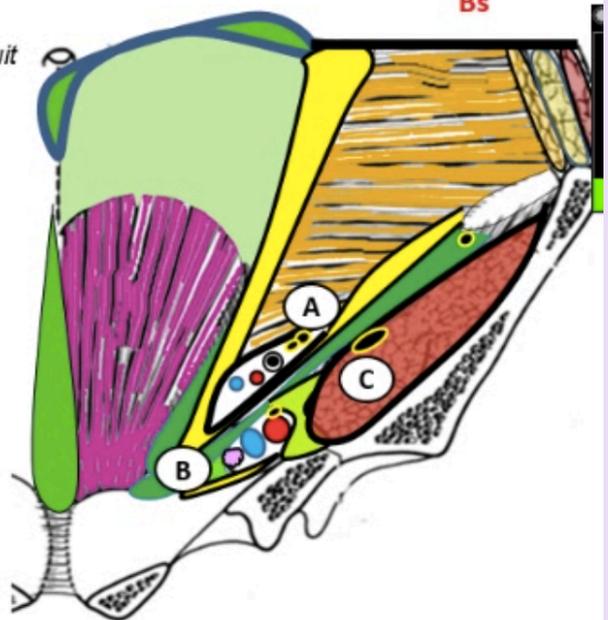
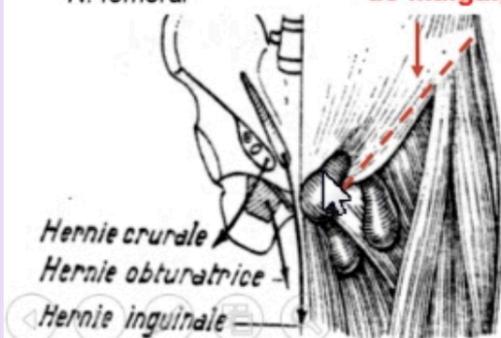
Lymphonœuds inguinaux profonds (Cloquet)

##### C-Canal iliaque

→ Lt (Lacune musculaire)

M. Ilio-psoas  
N. fémoral

Ligne de Malgaigne



Diagnostic

- Parfois asymptomatique
- **Gêne de la région inguinale** (lors des efforts, de la toux, fin de journée ++), **tuméfaction** à la station debout prolongée (+/- descente dans bourse homolatérale si hernie oblique externe)
- Tuméfaction **indolore, impulsive, expansive** à la toux, **réductible**
- **Fdr** : BPCO, toux chronique, constipation, dysurie
- 2 types d'hernies :
  - **Hernie inguinale** : au-dessus de la ligne de Malgaigne. Si hernie oblique externe, réduction avec trajet en haut et en dehors, battements des vaisseaux épigastriques en dedans. Si hernie directe, réduction par trajet atéro-post, battement des vsx épigastriques en dehors
  - **Hernie crurale** : 10% des hernies de l'aîne, F>H, tuméfaction en dessous de la ligne de Malgaigne, en dedans des vsx iliaques externes

Hernie étranglée

- + fréquent si hernie crurale
- **URGENCE chirurgicale** (risque de nécrose digestive)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Clinique : dlr brutale de l'aîne, permanente</b> +/- signes occlusifs (nausées, vomissements, arrêt des gaz et des matières, ballonnement abdominal) <i>Attention ces signes digestifs peuvent manquer si incarceration d'une frange épiploïque</i></li> <li>▪ <b>Tuméfaction inguinale douloureuse non expansive, non impulsive, irréductible</b>, tentatives de réduction ↑ dlr spontanée</li> <li>▪ Aucun examen complémentaire</li> </ul>
Diagnostic #el	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lipomes, ADM inguinales =&gt; tuméfactions irréductibles</li> <li>▪ Eventration consécutive à une plaie =&gt; cicatrice en regard</li> <li>▪ Hydrocèle ou kyste volumineux du cordon =&gt; transillumination et caractère irréductible + échographie</li> </ul>
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Chirurgie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Réduction et réparation</b> de la paroi abdominale chez l'adulte</li> <li>○ Réduction simple chez l'enfant</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Voies d'abord :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Inguinale</b> : suture musculo-aponévrotique direct (<b>intervention de Shouldice</b> = plicature du fascia transversalis puis abaissement du tendon conjoint à l'arcade crurale) ou interposition d'une prothèse en tissu synthétique non résorbable (<b>intervention de Lichtenstein</b>)</li> <li>○ <b>Laparoscopique</b> : réparation par prothèse</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Indications :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hernies crurales systématiquement opérées</li> <li>- Hernies inguinales chez enfant &gt; 6 mois</li> <li>- Hernie inguinale chez l'adulte si dlr et/ou difficile à réduire</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Complications peropératoires :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragie par plaie d'un vaisseau épigastrique ou fémoral</li> <li>- Section du canal déférent</li> <li>- Lésion d'un nerf inguinal ou crural</li> <li>- Plaie du contenu de la hernie</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Complications post-opératoires</u> : hématome, infection</li> <li>▪ Récidive &lt; 5%. Si intervention avec prothèse : récidive moindre et dlr pos-opératoire diminuée</li> </ul>