

CHAPITRE XIV : (14-1) HERNIES – (14-2) ÉVENTRATIONS – (14-3) ÉVISCÉRATION

En préparation

AUTEURS : Louis-Franck TÉLÉMAQUE, MD ; Abdias Pierre JULES, MD ; Louis Sony TELCY, MD ; Yochy Babens JOSEPH, MD ; Adler BAPTISTE, MD ; Aunaldo PAUL, MD ; Sylvio AUGUSTIN, MD ; Jean-Fritz JACQUES, MD ; Michelson Padovany, MD

SECTION 14 - I : HERNIES

Elle se définit comme une « faiblesse de la paroi abdominale qui peut être congénitale ou acquise » qui se caractérise par une « Issue, sortie d'organe, de viscères de la cavité qui le contient normalement, par un orifice anatomique anormalement élargi ». Les viscères sont recouverts par le péritoine qui forme le sac herniaire.

14.1.1 HERNIES INGUINALES

La hernie inguinale représente les trois-quarts des hernies. Un homme sur quatre en souffrira dans sa vie, surtout à l'âge adulte.

14.1.1.1 HERNIE INGUINALE UNILATÉRALE

14.1.1.1 A HERNIE INGUINALE INDIRECTE

UNILATÉRALE : La hernie inguinale indirecte (oblique-externe) est une hernie congénitale, chez des sujets jeunes, ou acquise chez le sujet plus âgé. Le canal péritonéo-vaginal a persisté après deux ans, établissant une communication entre la cavité abdominale et les bourses testiculaires, chez l'homme. Une reperméabilisation du canal est aussi possible. L'apparition est progressive. La hernie s'extériorise par un trajet oblique, de dehors en dedans et d'arrière en avant, suivant le cordon spermatique, en dehors des vaisseaux épigastriques, vers le scrotum.



14.1.1.1 B HERNIE INGUINALE DIRECTE

UNILATÉRALE : La hernie inguinale directe est acquise et se voit chez des patients d'âge mûr. Des causes diverses, qui augmentent la pression abdominale, (port de charges lourdes, toux, constipation, troubles prostatiques...) sont déterminantes dans leur apparition. Au niveau de l'aîne, la paroi s'affaiblit. La hernie se développe d'arrière en avant, en dedans des vaisseaux épigastriques, et a un trajet « direct », perpendiculaire à la peau.





14.1.1.1 C : HERNIE INGUINALE CHEZ LA FEMME : Elle est de beaucoup moins fréquente que chez l'homme à cause de différences anatomiques (aine « plus solide ») et d'une probable cause génétique. L'aponévrose du muscle oblique externe, ne présentant pas d'anneau inguinal superficiel, rend difficile l'exploration au doigt. Une hernie « occulte » est découverte par la sono, le scanner avec manœuvre de Valsalva. Si une tuméfaction est visible, cette hernie indirecte présente une indication opératoire.



14.1.1.1 D : HERNIE INGUINALE DROITE APRÈS HERNIORRAPHIE GAUCHE : Une faiblesse pariétale controlatérale, asymptomatique, peut exister au moment de la réparation d'une hernie unilatérale. La technique opératoire, l'âge, des causes en rapport avec l'hyperpression abdominale accélèrent l'apparition de la hernie. Dans des cas précis, il est possible de considérer un traitement prophylactique en accord avec le patient.



14.1.1.1 E HERNIE EN PANTALON : C'est la coexistence d'une hernie directe avec une hernie indirecte ipsilatérale et simultanée. Les deux sacs herniaires sont trouvés côte à côte, de chaque côté des vaisseaux épigastriques inférieurs. La hernie directe peut contenir un glissement de la vessie. Une fois les masses réintégrées, la réparation s'effectue par une hernioplastie de type Liechtenstein qui maintient bien la réduction de ces hernies.

14.1.1.2

HERNIE INGUINALE BILATÉRALE



14.1.1.2 A HERNIE INGUINALE DIRECTE BILATÉRALE : La hernie bilatérale directe synchrone se rencontre plus souvent chez l'adulte souffrant de constipation chronique, de difficultés à uriner (adénome de la prostate) et les grossesses multiples. Chez le jeune, elles peuvent être associées au port de charges lourdes répétées. Les deux hernies doivent bénéficier d'un traitement en un temps (hernioplasties) dont l'abord va dépendre des facilités et de l'expertise du chirurgien.



14.1.1.2 B HERNIE INGUINALE INDIRECTE BILATÉRALE : Congénitales, touchant beaucoup plus les hommes que les femmes, elles peuvent réapparaître à l'âge adulte quand des conditions spécifiques sont réunies (affaiblissement ou la surcharge musculaire à l'aîne ou au bas de l'abdomen). Le traitement prothétique (hernioplastie-mesh repair) se fait par voie ouverte antérieure (Lichtenstein bilatéral), par voie postérieure (Stoppa), par laparoscopie *par voie trans-abdomino-pré péritonéale (TAPP)* ou *par voie totalement extra péritonéale (TEP)* qui semble apporter plus d'avantages. Un avantage de ces techniques est la possibilité de visualiser tous les orifices herniaires, à les fermer de l'intérieur et à placer la prothèse, prévenant la récurrence.



14.1.1.2 C HERNIE INGUINALE INDIRECTE DROITE ET DIRECTE GAUCHE : Cette association peut être trouvée chez des adultes souffrant de difficultés urinaires. Comme pour toutes les hernies acquises de l'adulte, une bonne évaluation de la sphère urologique est recommandée avant tout procédé de réparation avec suture (*tissue repair*) de type Shouldice, Mc Vay, par exemple.

14.1.2 HERNIE INGUINO SCROTALE

14.1.2.1 HERNIE INGUINO SCROTALE UNILATÉRALE



14.1.2.1 A HERNIE INGUINO SCROTALE UNILATÉRALE (DROIT OU GAUCHE): Elle est une continuation ou une aggravation de la hernie inguinale indirecte. La présence des facteurs favorisants selon la « règle des 4 P », (« poids, poumon, péritoine, et prostate ») est déterminante. Progressivement, mais sûrement, ces facteurs provoquent le grossissement de la hernie. Les patients peuvent expérimenter des migrations à travers le trou inguinal et des gargouillements dans la poche scrotale. En décubitus dorsal, au repos, la masse peut réintégrer la cavité abdominale. Des épisodes de « tension douloureuse » peuvent être expérimentées. Le développement de ces hernies peut devenir très important si elles ne sont pas opérées. Dans des cas extrêmes, l'issue d'une partie du contenu digestif peut être incarcéré dans la poche scrotale.



14.1.2.1 B HERNIE INGUINO SCROTALE AVEC HYDROCÈLE :

Une accumulation de liquide dans la poche vaginale cloisonnée peut être concomitante d'une hernie inguino scrotale. Sa survenue est idiopathique, due à une sécrétion excessive de liquide par la séreuse vaginale ou réactionnelle, en rapport avec un traumatisme testiculaire, une épididymite, une torsion du cordon spermatique, un cancer du testicule. La masse va augmenter, gênant à cause de son volume et de son poids. Une transillumination et une sonographie aident en cas de doute diagnostic. La correction est chirurgicale pour les deux pathologies, dans le même temps opératoire.



14.1.2.1 C HERNIE INGUINO SCROTALE INDIRECTE UNILATÉRALE VOLUMINEUSE : L'évolution naturelle d'une hernie inguino-scrotale, est de devenir volumineuse, si son collet s'agrandit et si elle atteint le 1/3 > de la cuisse. Les viscères abdominaux glissent et la cavité abdominale diminue. Une incarceration s'en suit du fait d'une congestion déclive des tissus et/ou des adhérences dans le sac herniaire. La hernie est irréductible. Après un bilan général, si le TAPP ou le TEP ne sont pas réalisables, une réduction par voie antérieure inguino scrotale est effectuée, facilitée par une hernio laparotomie, si le collet est trop étroit pour laisser passer le contenu. L'utilisation d'une prothèse est indispensable en prenant en compte la section musculaire du transverse et du petit oblique.



14.1.2.1 D HERNIES INGUINO SCROTALES UNI OU BILATÉRALES GÉANTES : Dans la hernie dite géante, le collet dépasse 10 cm de largeur et le pôle < de la masse avoisine les genoux. Les intestins (grêle, caecum, sigmoïde, méésentère, péritoine) ont perdu droit de cité, compromettant toute réintégration sans risque d'une augmentation de pression intra-abdominale. Un « *deuxième abdomen* » s'installe. Cette « *extravasation* » des viscères provoque des répercussions physiologiques importantes, telles que la dilatation intestinale, la diminution de la fonction des muscles respiratoires accessoires abdominaux, une hyperlordose compensatrice, des troubles urinaires et digestifs. Une occlusion intestinale et une fistulisation entéro-cutanée peuvent survenir. Les patients souffrent du poids de la masse, de difficultés à se déplacer et à uriner. Les relations sexuelles sont compromises...
Le bilan pré opératoire systématique doit anticiper les conséquences du retour des intestins dans la cavité abdominale, avec, pour conséquence, une augmentation de la pression. L'état général du patient doit être amélioré, surtout du point de vue respiratoire.



Record Haïti Hernia Help/St Boniface 07 12 21 : 50 cm de long, 72 cm de circonférence



14.1.2.2 E HERNIES INGUINO SCROTALES UNI OU BILATÉRALES GÉANTES : Le challenge thérapeutique est de réintégrer tout le contenu herniaire, de fermer l'abdomen sans tension et sans augmenter la pression intra-abdominale. Cette intervention se prépare par des stratégies d'augmentation du volume abdominal, telles que le pneumo péritoine pré opératoire progressif, l'emplacement d'expanders et l'application de toxine botulinique.

Sans cette préparation adéquate, le chirurgien fait face au dilemme de trouver une solution pour gérer l'excédent intestinal qui ne trouve pas de place dans la cavité abdominale.

En per opératoire, il est possible d'utiliser des incisions de décharge sur le muscle oblique externe ou la technique « *components separation* ». Ces techniques permettent de fermer le péritoine sans tension et de médialiser le muscles droits. L'intervention se complète par l'emplacement en position retro musculaire, pré péritonéale, d'une large prothèse synthétique. Les prothèses biologiques sont réservées à l'emplacement intra abdominal en cas d'infection ou de contamination.

A SUIVRE