

HERNIES PARIETALES CHEZ L'ADULTE

ENSEIGNEMENT MODULE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Année universitaire 2024- 2025

Dr. Dj. Bourdjoua

SERVICE DE CHIRURGIE B; Pr Benchouk

CAC SIDI BEL ABESS

Email: bourdjoua.djilali@yahoo.com

PLAN

I/ - GENERALITES :

- INTRODUCTION –EPIDEMIOLOGIE
- DEFINITION: :FACTEURS DE RISQUE
- RAPPEL ANATOMIQUE:
 - Muscles de la paroi abdominale
 - Canal inguinal; canal fémoral

II/ PATHOGENIE

- H .Acquises
- H. congénitales

III/ -DIAGNOSTIC

A/ CLINIQUE

B/ FORMES CLINIQUE

IV/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

V/ EXAMENS COMPLIMENTAIRES

VI/ TRAITEMENT:

le traitement est chirurgical

VII/ HERNIE OMBILICALES ET DE LA LIGNE BLANCHE

Introduction:

- plus de 2500000 nouveau cas /an
- c'est une pathologie très fréquente chez L'homme

DEFINITION:

- **La HERNIE:** est l'issue du contenu de l'abdomen dans un sac péritonéal pouvant contenir des viscères, au travers d'un orifice naturel (ou point faible) de la paroi abdominale.

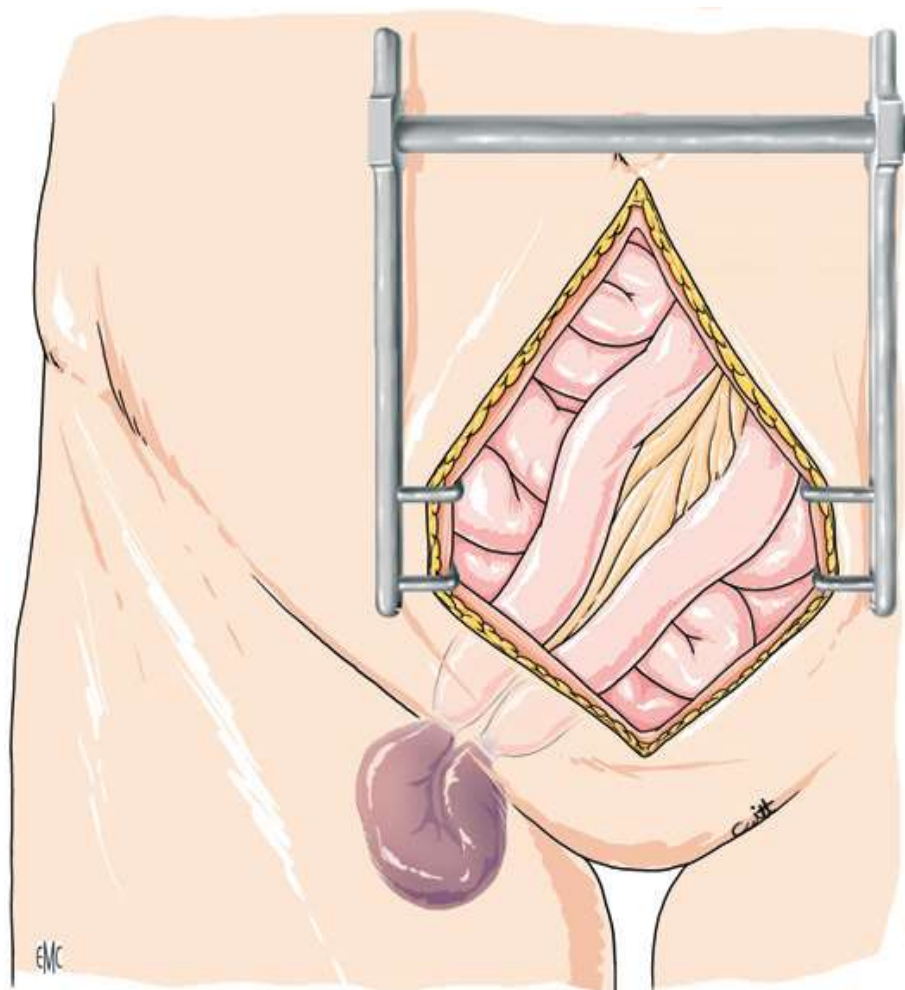
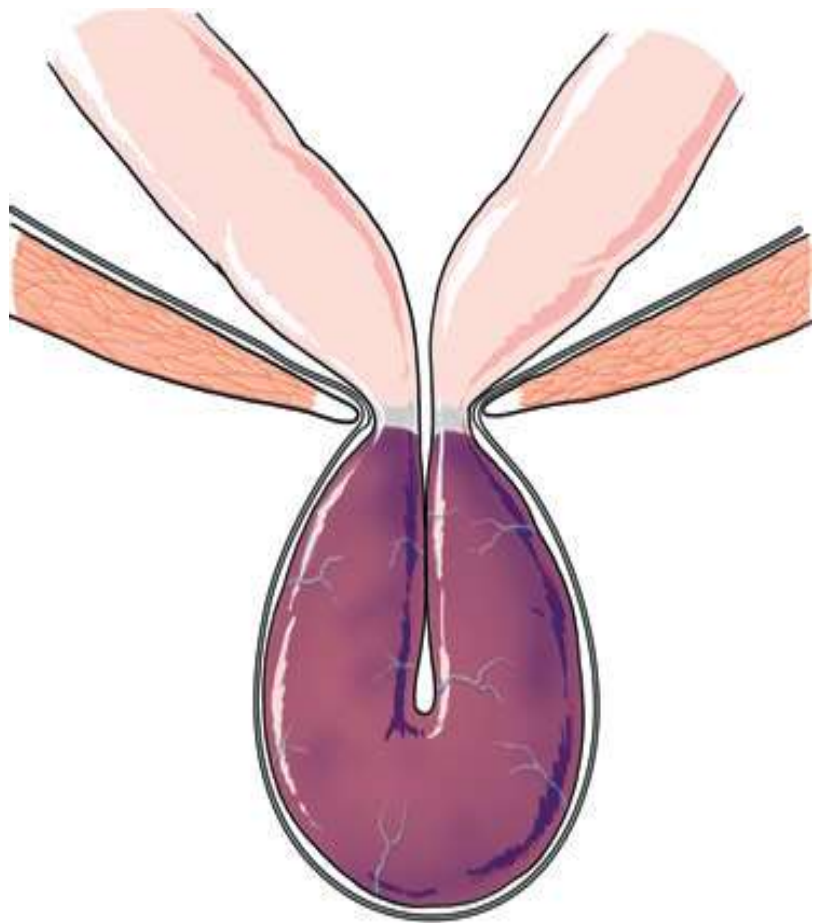
Toute hernie se définira donc par :

- un sac
- un orifice
- un contenu

- **EVENTRATION:** issue du contenu de l'abdomen dans un sac péritonéal a travers un orifice crée par le chirurgien(laparotomie) ou traumatique

--c'est une hernie sur incision

Eviscération: : issue du contenu de l'abdomen dans **sans** sac péritonéal a travers un orifice crée par le chirurgien(laparotomie récente) ,ou par une plaie pénétrante(traumatisme);elle peut être couverte ou non couverte



FACTEURS DE RISQUE:

- Tous les facteurs de risque qui augmente la pression intra abdominale

- 1)grossesse

- 2)toux chronique

- 3)prostatisme

- 4)constipation

- 5)ascite

- 6)travailleurs de force

- 7)les pathologies qui affaiblissaient le tissu

- Pour les éventrations ;les mêmes facteurs ,on rajoute les facteurs qui retardes la cicatrisation après la chirurgie: infection du site opératoire, dénutrition; tabagisme, corticoïdes.

RAPPELS ANATOMIQUES:

1)-muscles de la paroi antéro externe de

l'abdomen et gaine: la cavité abdominale est fermée en avant et latéralement par une paroi musculaire:

- 2muscles droits

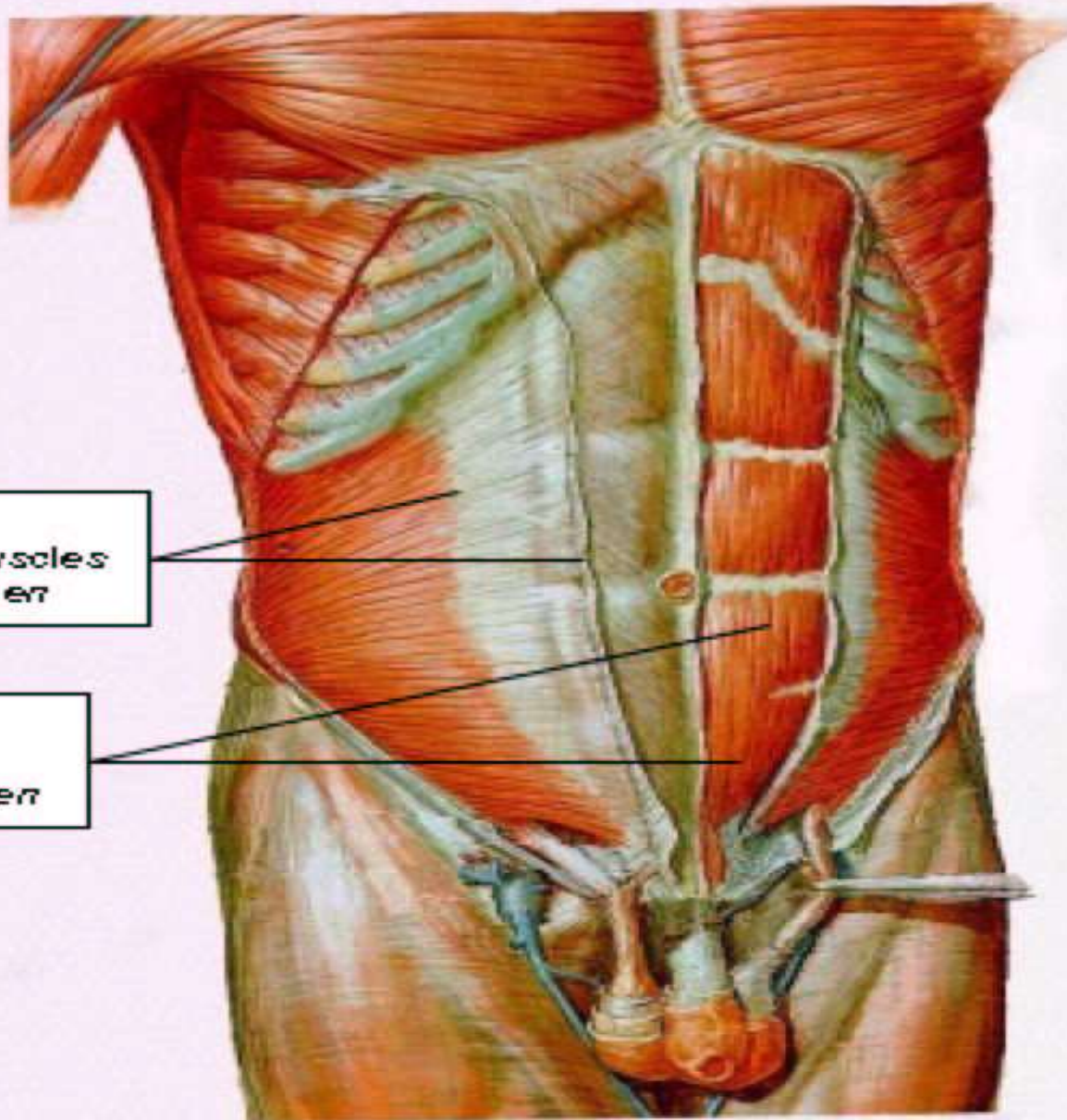
- muscles larges.

 - * oblique externe

 - * oblique interne

 - * transverse

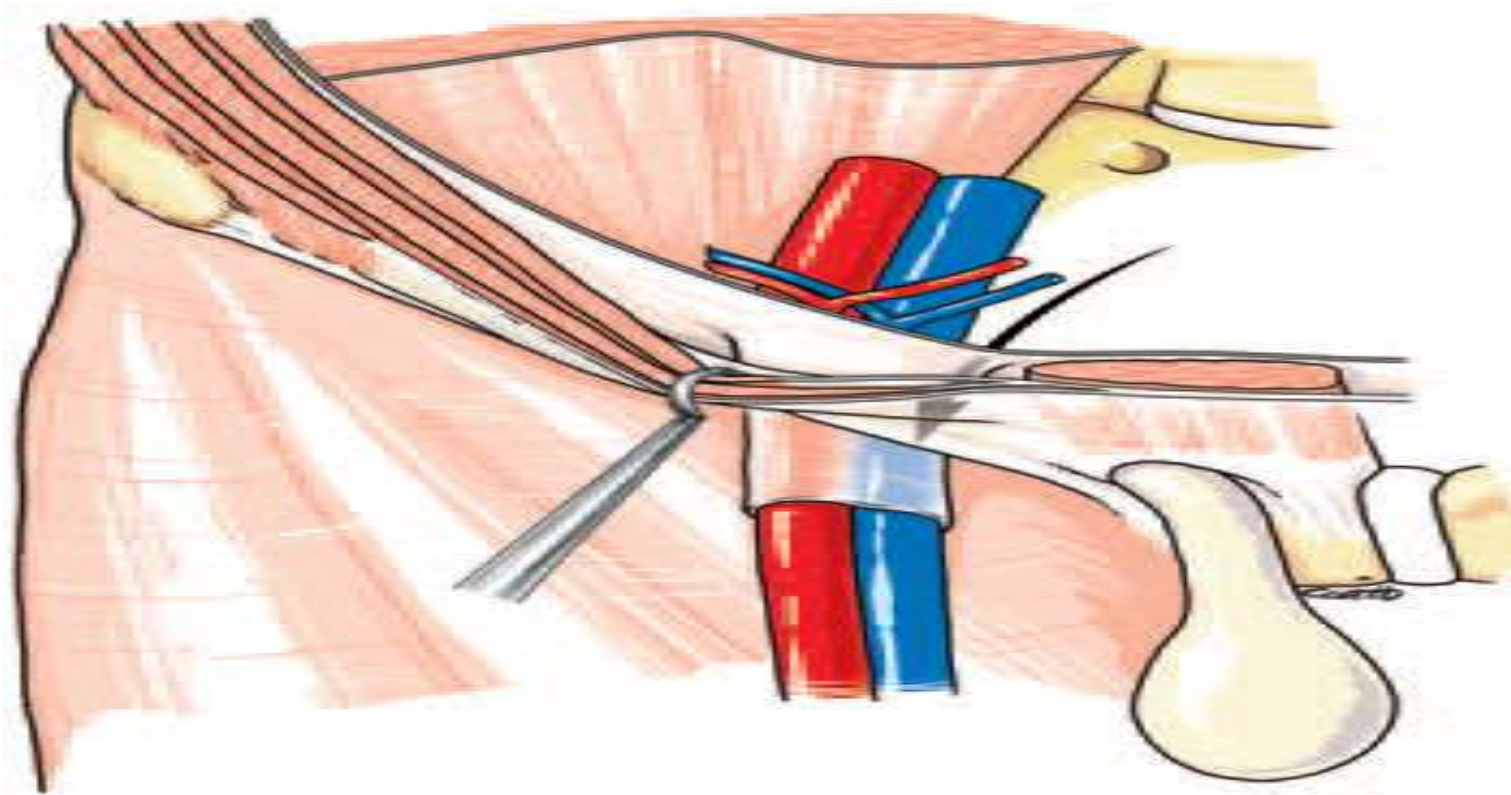
les muscles prennent naissance sur le cadre osseux du tronc et se termine par une nappe aponévrotique au niveau de la paroi ventrale. Le muscle transverse est doublé en profondeur par le fascia transversalis et fascia sous séreux qui le sépare du péritoine pariétal.



sangle musculo-
aponévrotique *muscles*
larges de l'abdomen

renfort antérieur
vertical *muscles*
droits de l'abdomen





Plan vasculaire, gaine des vaisseaux fémoraux et canal crural, d'après Fruchaud [1]. 1. Fascia iliaca ; 2. muscle transverse ; 3. muscle oblique interne ; 4. muscle oblique externe ; 5. vaisseaux circonflexes iliaques profonds ; 6. gaine vasculaire ; 7. veine iliaque ; 8. vaisseaux épigastriques. La flèche indique le canal crural.

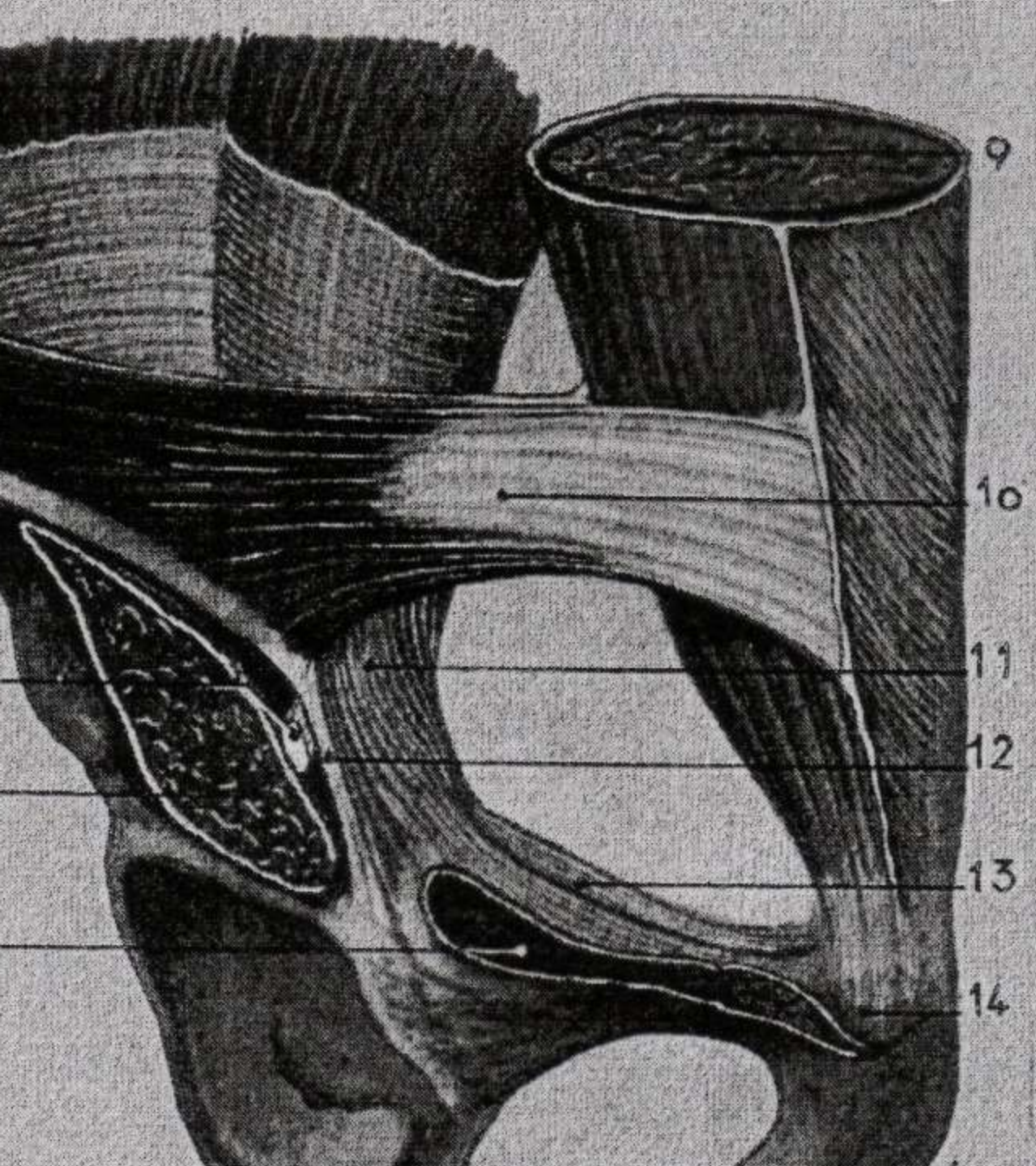


FIG. 1 : Trou
d'après H. Frucha
des hernies de l'aine

1. Muscle iliaque (*musculus iliacus*)
2. Fascia iliaca (*fascia iliaca*)
3. Muscle grand oblique (*musculus obliquus externus*).
4. Muscle petit oblique (*musculus obliquus internus*)
5. Épine iliaque antérieure (*spina iliaca anterior superior*).
6. Nerf fémoral (*nervus femoralis*)
7. Muscle psoas iliaque (*musculus psoas major*)
8. Muscle pectiné (*musculus pectineus*)
9. Muscle grand droit (*musculus rectus abdominis*)

La racine de la cuisse et la paroi abdominale sont séparées par une frontière qui s'appelle la ligne iliopubienne ou la ligne de Malgaigne ; unissant l'épine iliaque Antéro supérieure au pubis ; c'est la projection cutané du ligament inguinal.

2) Canal inguinal: est un tunnel oblique en haut et en arrière qui est formé de 4 parois :

En haut: la faux inguinal

En bas : le ligament inguinal formé par les fibres du muscle oblique externe

En arrière : fascia transversalis .

En avant : aponévrose du muscle oblique externe .

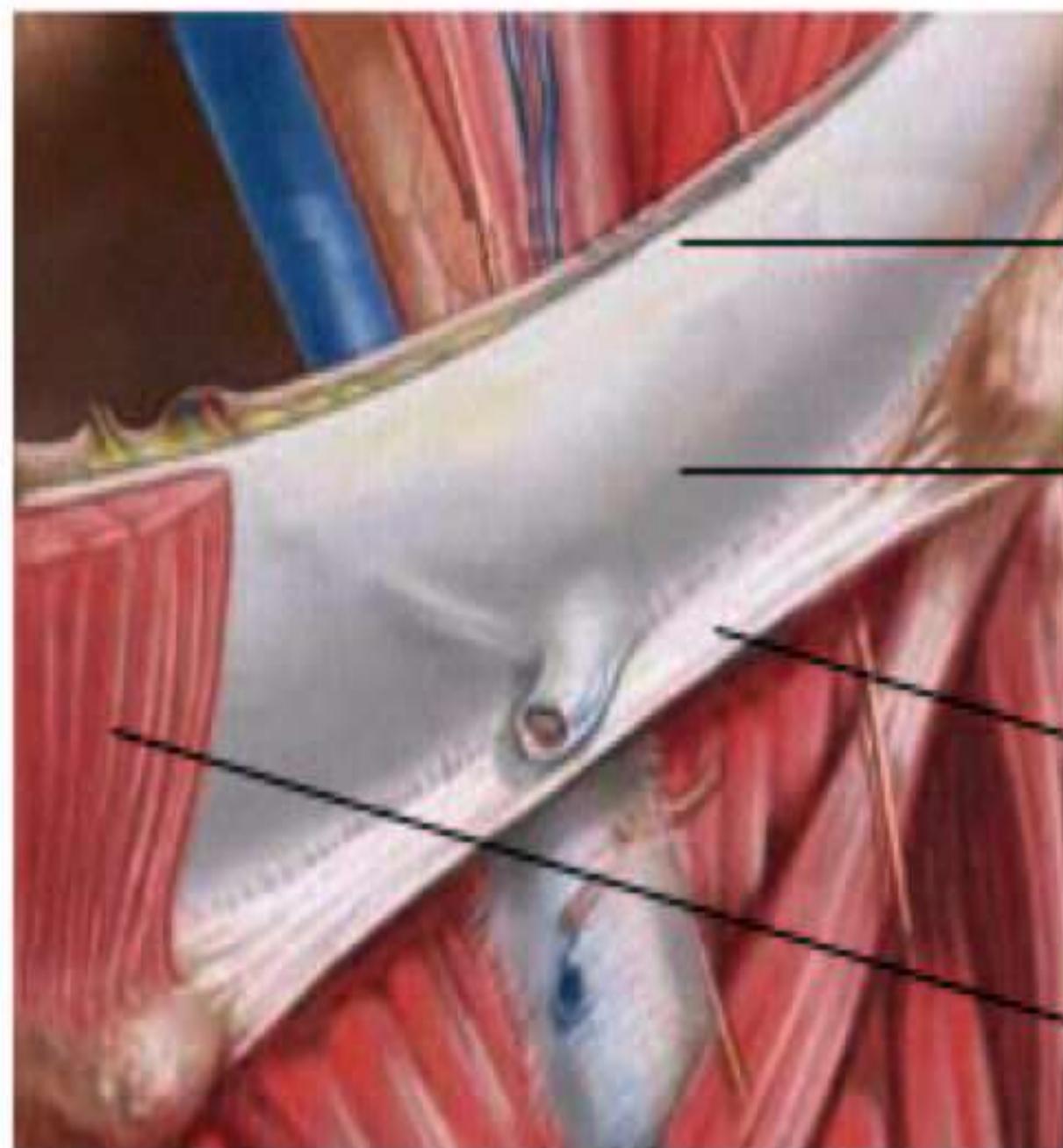
02 orifices : 1) O.I. Superficiel palpable au doigt

2) O.I. Profond

cette anatomie est la source de 03 zones de faiblesse (Hernies):

1) deux au dessus du ligament inguinal

2) un au dessous du ligament inguinal .



plan pré-péritonéal

fascia transversalis

lig. inguinal

m. droit abdomen

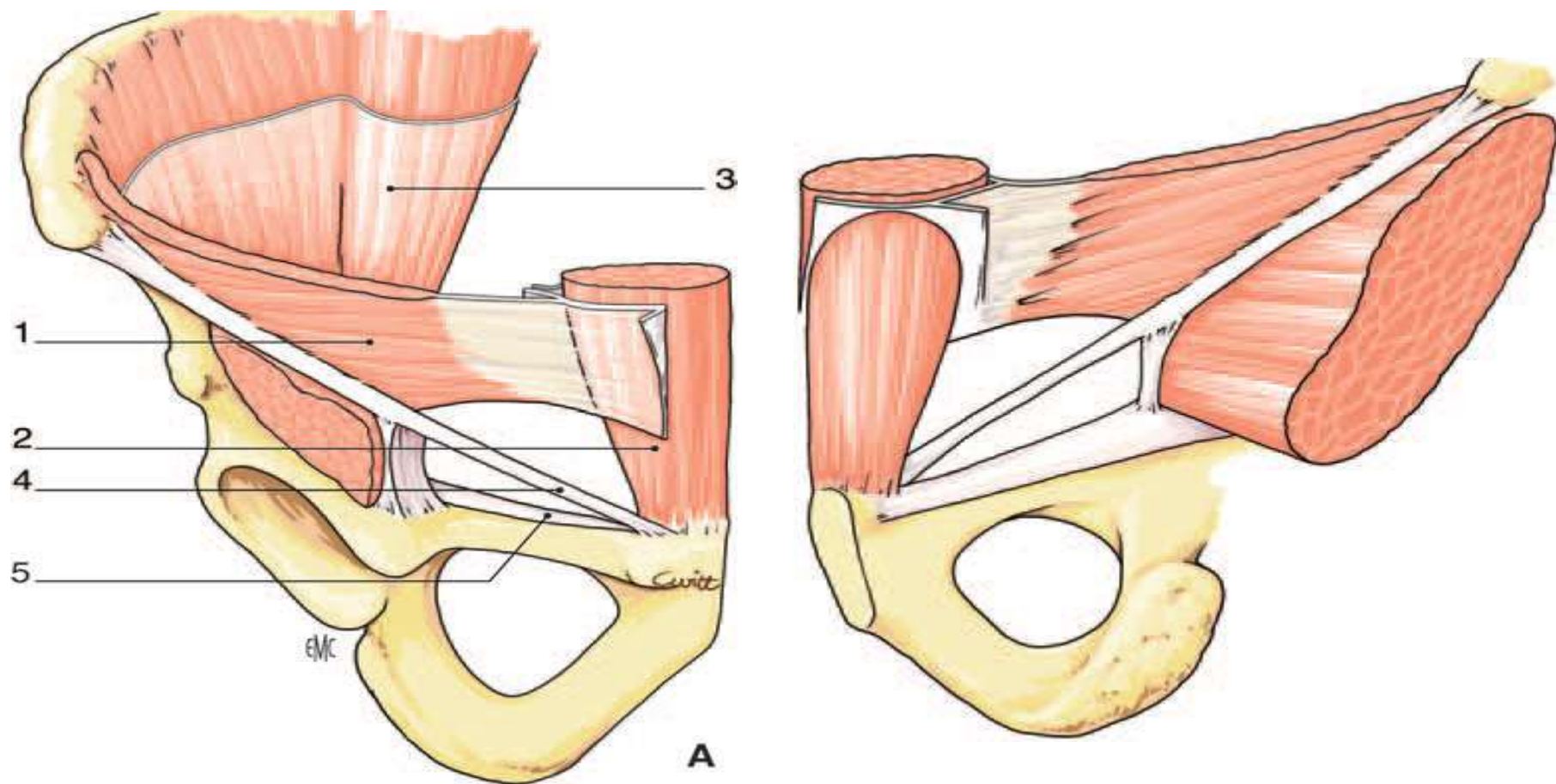
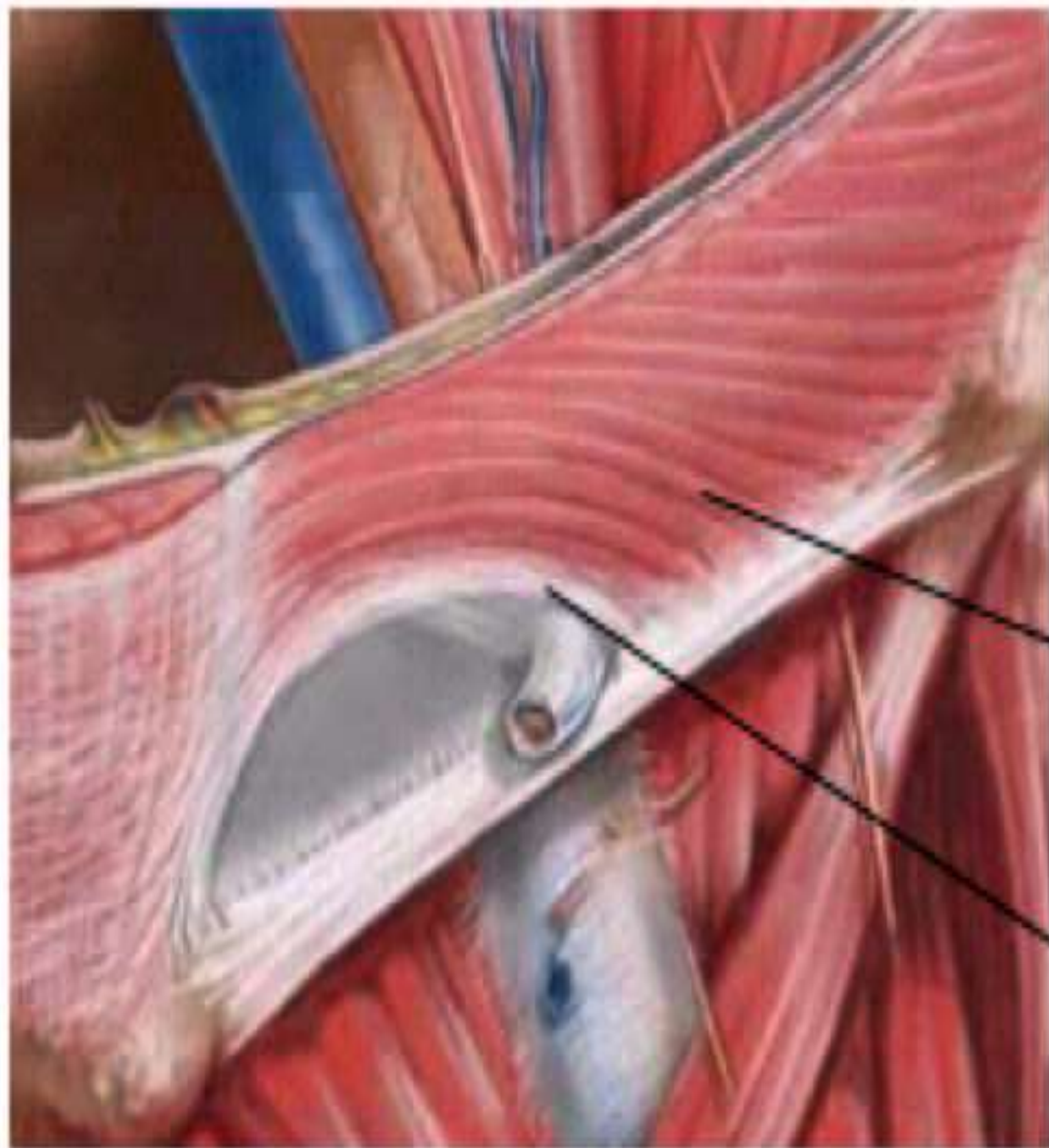


Figure 2. Trou musculopectiné, d'après Fruchaud [1]. 1. Muscle oblique interne ; 2. muscle droit ; 3. fascia iliaca ; 4. bandelette iliopubienne ; 5. ligament de Cooper ; 6. arcade de Douglas.

A. Vue antérieure.

B. Vue postérieure.



m. transverse de
l'abdomen

falx inguinalis

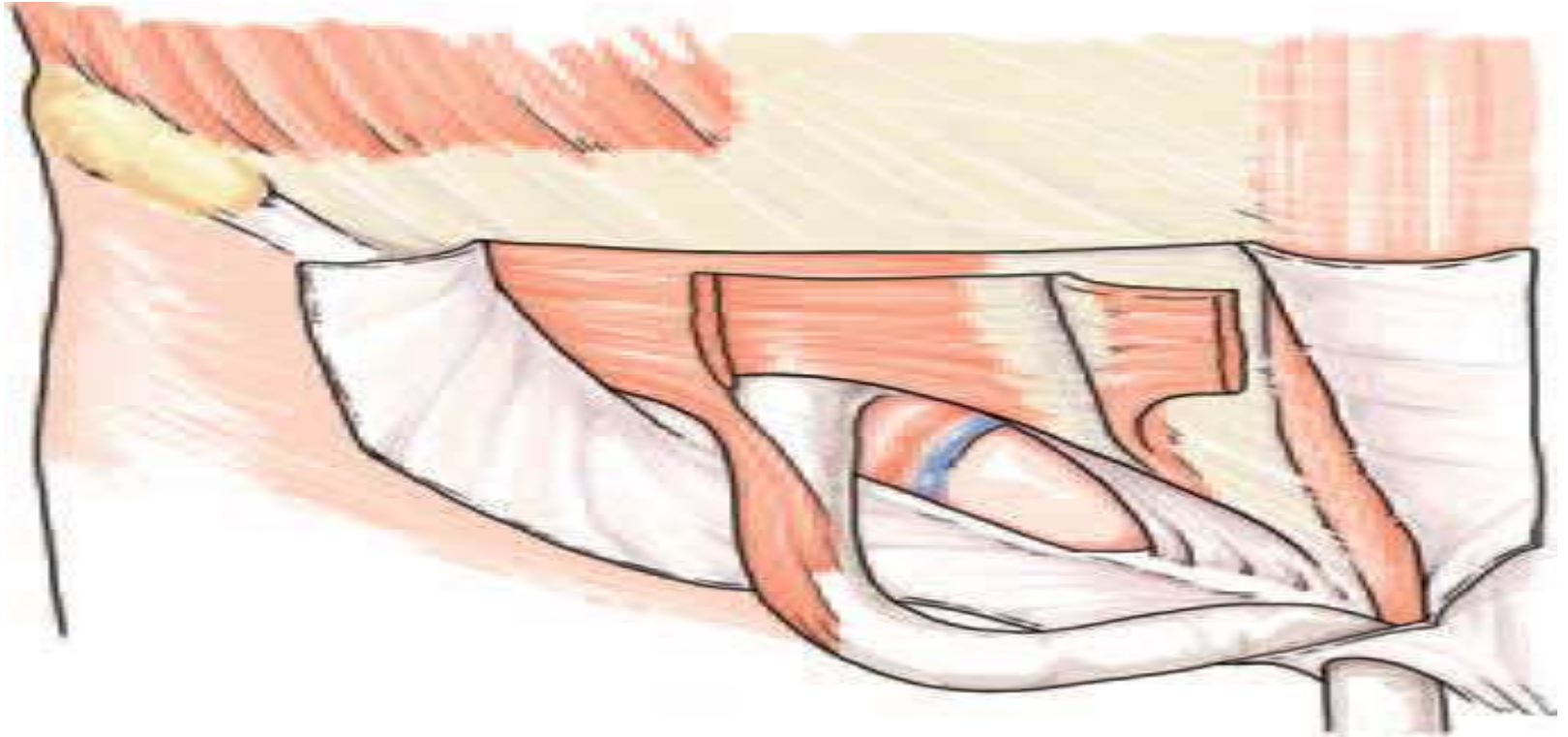


Figure 3. Plan musculoaponévrotique.

1. Muscle oblique externe ; 2.
muscle oblique interne ; 3. aponévrose oblique
externe ; 4. muscle transverse

1) 2 zones de faiblesses au dessus:

1) Un orifice inguinal profond: en dehors du pédicule épigastrique externe ou **hernie indirecte**, parfois elle est congénitale par persistance du canal péritonéo vaginal, elle suit le trajet du cordon spermatique chez l'homme avant de s'extérioriser dans le scrotum; chez la fille la hernie oblique externe suit le trajet du canal de Nuck.

2) Fosse inguinale moyenne: en dedans des vaisseaux épigastrique inférieur là où la paroi abdominale ventrale est constituée par le fascia transversalis et l'aponévrose du muscle oblique externe, c'est là que s'extériorise la **hernie inguinale directe**

2) 1 zone au dessous du ligament inguinal :

1) Canal fémoral : c'est un orifice fibreux inextensible en dedans de la veine fémorale par où s'extériorise **la hernie fémorale (crurale)**; très fréquente chez les femmes /homme.

Risque très élevé d'étranglement

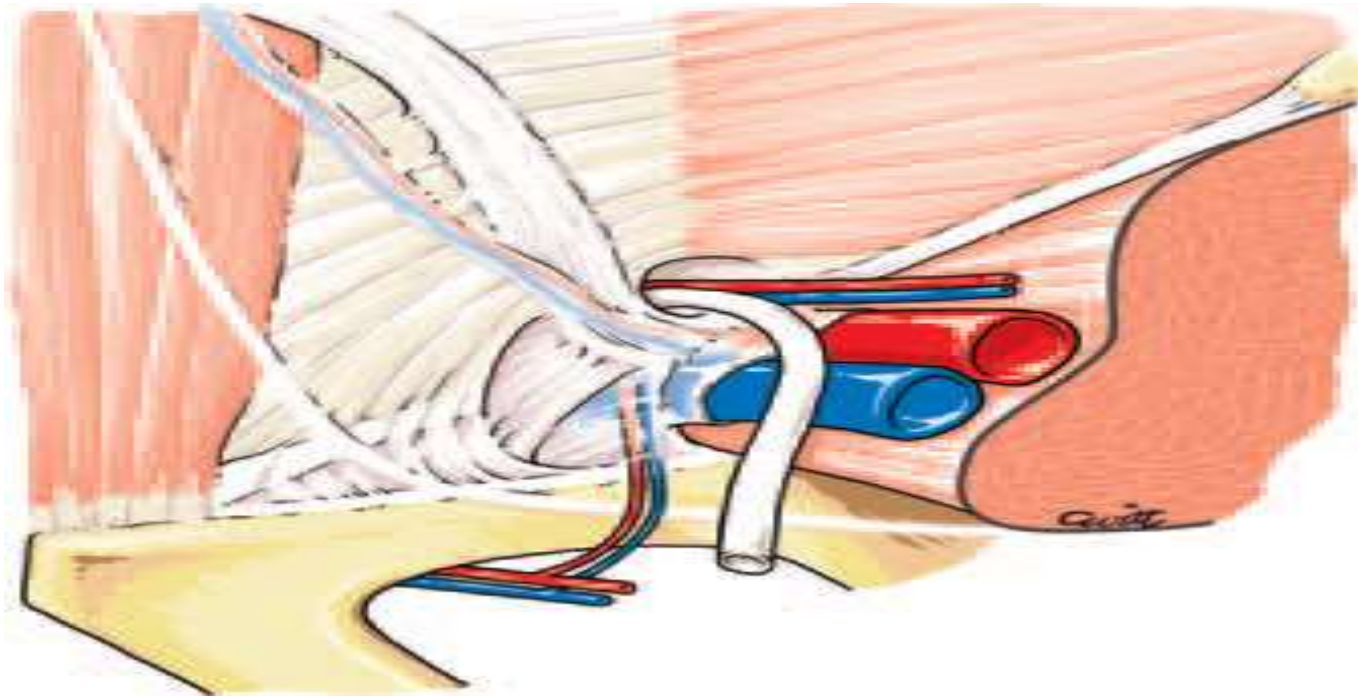


chirurgie en urgence

3) Autres points de faiblesse:

1) anneau ombilical

2) ligne blanche sus ombilicale



Gaine des vaisseaux épigastriques, d'après Fruchaud [1].

1. Muscle droit ; 2. vaisseaux épigastriques ; 3. gaine des vaisseaux épigastriques ; 4. fascia transversalis ; 5. ligament de Hesselbach ; 6. bandelette iliopubienne ; 7. fascia iliaca ; 8. canal déférent ; 9. anastomose entre vaisseaux épigastriques et obturateurs ; 10. vaisseaux obturateurs

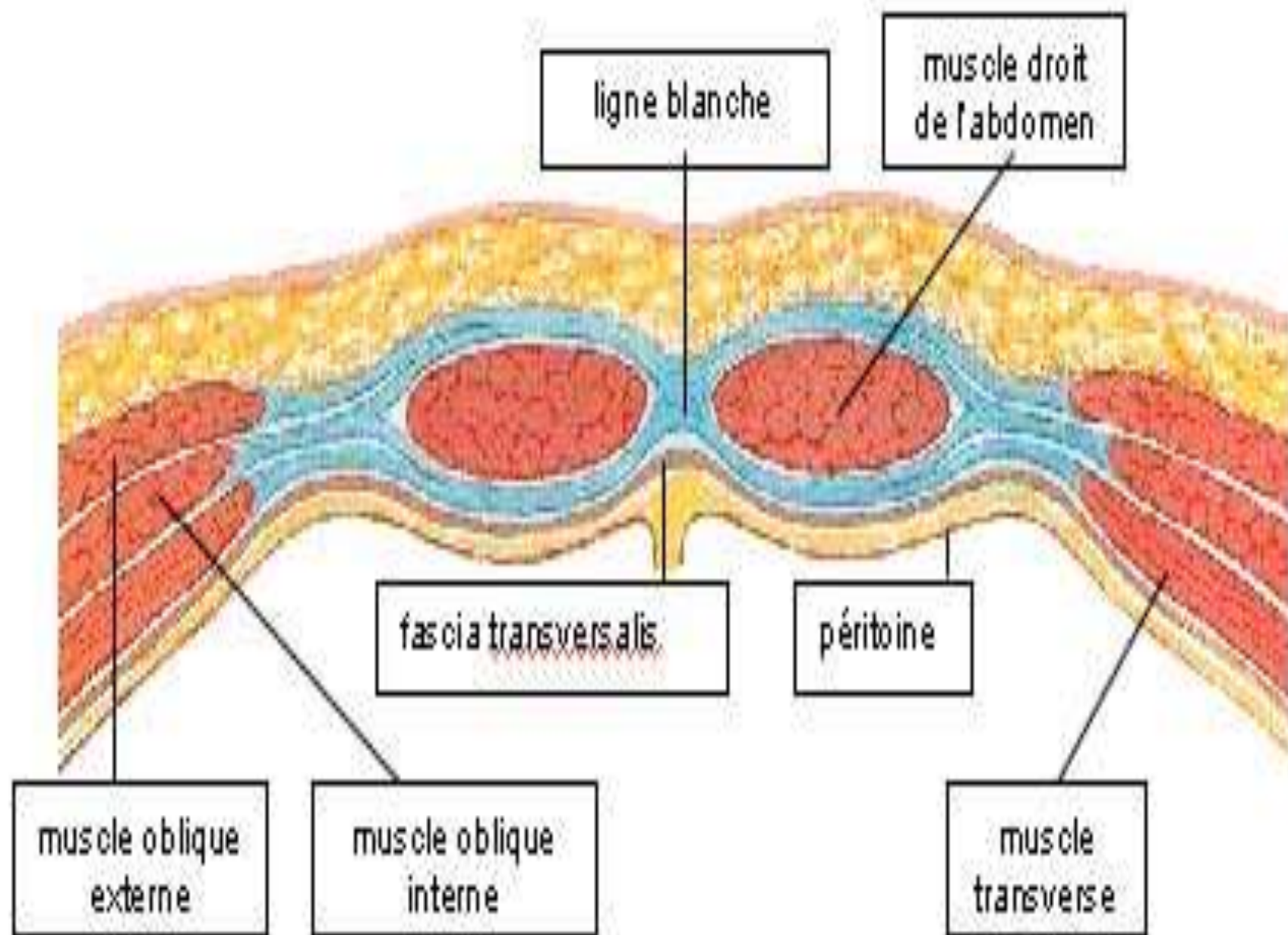
II/ PATHOGENIE:

A/ H. Congénitales:

se rencontrent chez le nourrisson ;enfant; jeune adolescent ;se caractérisent par la persistance complète ou incomplète du canal peritoneo vaginal car il met en communication le péritoine et la vaginale testiculaire chez l'embryon puis il s'obstrue laissant un vestige .

B/ H . Acquise ou de faiblesse :

suite a une faiblesse musculaire et aponévrotique chez le vieillard ou l'adulte; très fréquente chez L'homme(presence du cordon spermatique)et en pressées des facteurs favorisant.



III/ DIAGNOSTIC:

A/ CLINIQUE :

1) Interrogatoire:

➡ **Date et modalité** d'apparition; récente; ancienne; progressive ; brutale; douloureuse; ou pas; suite a un effort?

➡ **Troubles fonctionnels** : douleur; gêne; troubles digestifs; retentissement professionnel.

➡ **Condition de vie** :sujet inactif; retraite; sédentaires; actif; sportif

2) EXAMEN PHYSIQUE:

-doit être fait debout puis couchée .

- Faire tousser le malade pour extérioriser la hernie

A) L'inspection:

- parfois est normale

-parfois tuméfaction évidente ;apprécier son caractère impulsif à la toux

-Aspect de la peau

- examiner les bourses chez l'homme

B) La palpation:

- La recherche des repères anatomiques de la région.

-la ligne de malgaigne qu'est une projection cutanée de l'arcade crurale

-palpation des vaisseaux fémoraux

- examen du canal inguinal au doigt: impulsion a la toux ;

- palpation de l'orifice profond pour apprécier la tonicité du fascia et le muscle
- apprécier le contenu herniaire : épiploon; colon ;grêle.

C) La Percussion:

- peut renseigner sur le contenu du sac (hernie volumineuse)
 - * mat : épiploon
 - * sonore : grêle ou colon

3) Examen régional et General:

- vérifier l'état de la peau en regard de la hernie
- rechercher une autre hernie controlatérale; ombilicale .
- évaluation des fonction respiratoire
- ascite
- fonction cardiaque
- le psychisme du malade

B/ FORMES CLINIQUE :

1/ Formes Anatomiques Topographique:

➡ **Hernies Inguinales:**

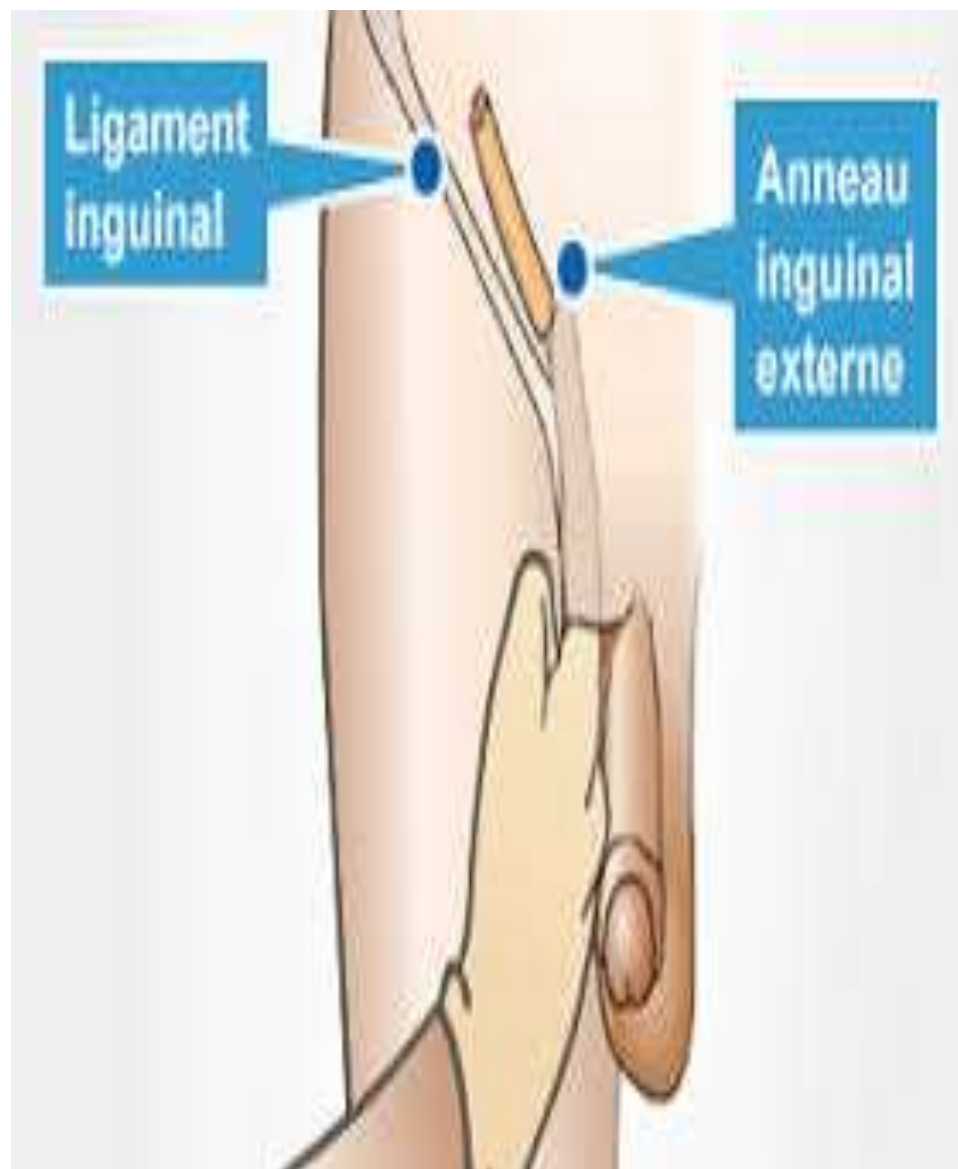
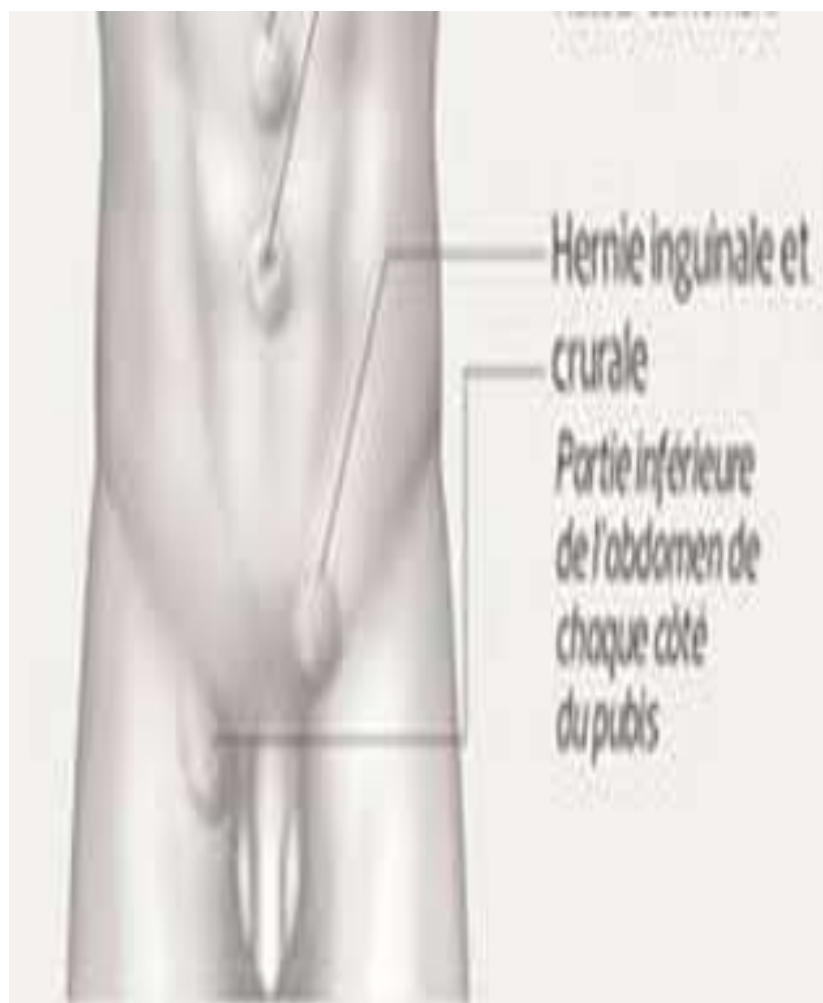
1)hernies indirectes :obliques externes

2)hernies directes: hernies de faiblesse

➡ **Hernies crurales :**

généralement de petite hernie ; chez la femme; en dedans des vx fémoraux; de petit volume .

➡ **Formes Associées:** association de plusieurs hernies. Directe, indirecte; bilatérales, ombilicales, crurale.



2/ Formes selon le contenu:

1) tous les organes peuvent se trouver dans le sac herniaire: colon épiploon (epiplooceles) ; grêle; colon ; vessie; liquide d'ascite

Rq: l'appendicite Herniaire : **Hernie de Littré**

3 / Formes Evolutives:

1)-L'engouement Herniaire: Hernie non réductible mais indolore; sans signes d'occlusion, même pronostic que la hernie étranglée.

2) – Etranglement herniaire: c'est une occlusion (arrêt des matières et des gaz) par strangulation, douleur inguinale brutale, tuméfaction non réductible, non impulsive à la toux.

IV/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

- 1) lipome
- 2) adénopathie inguinale
- 3) kyste du cordon
- 4) ectopies testiculaire
- 5) hydrocèle vaginale
- 6) anévrisme fémoral

V/ EXAMENS COMPLIMENTAIRES:

* Bilan radiologique:

1)Asp

2)Echographie A.P

3)Scanner

4)TLT

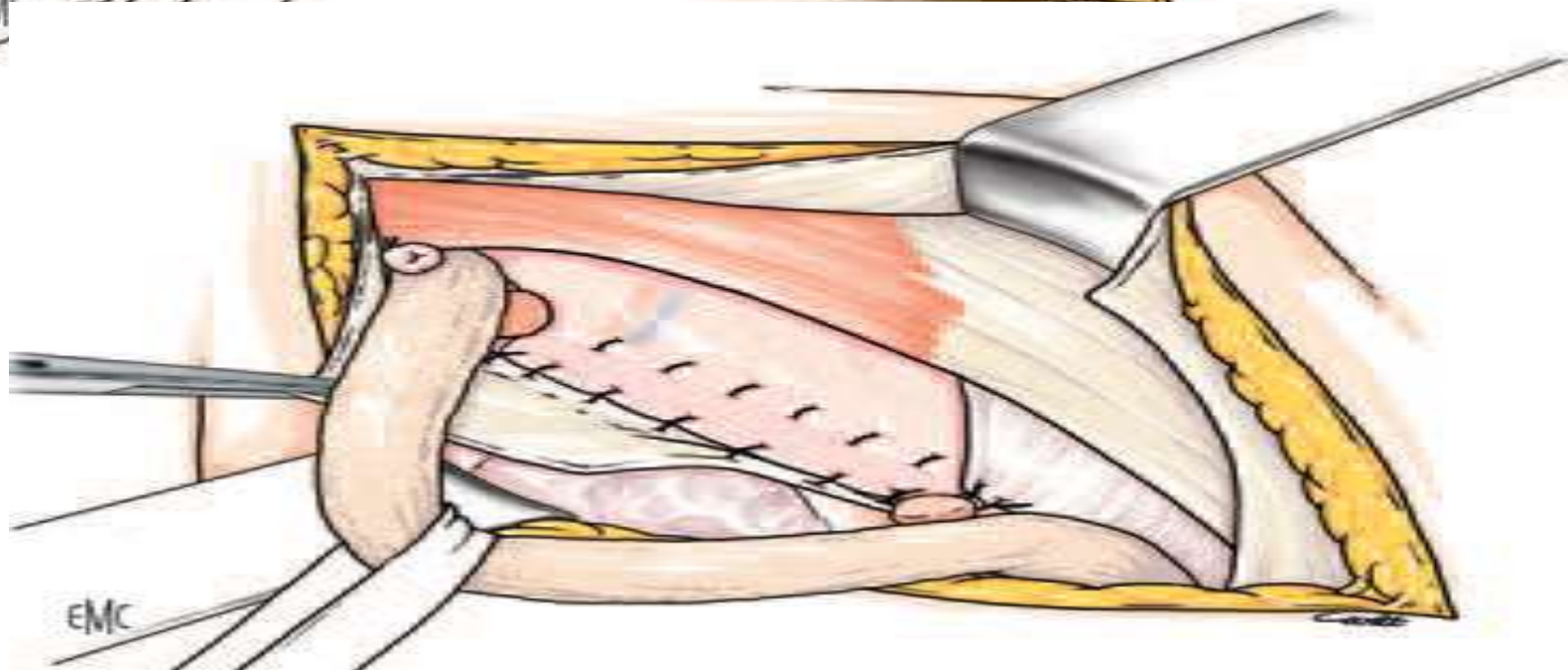
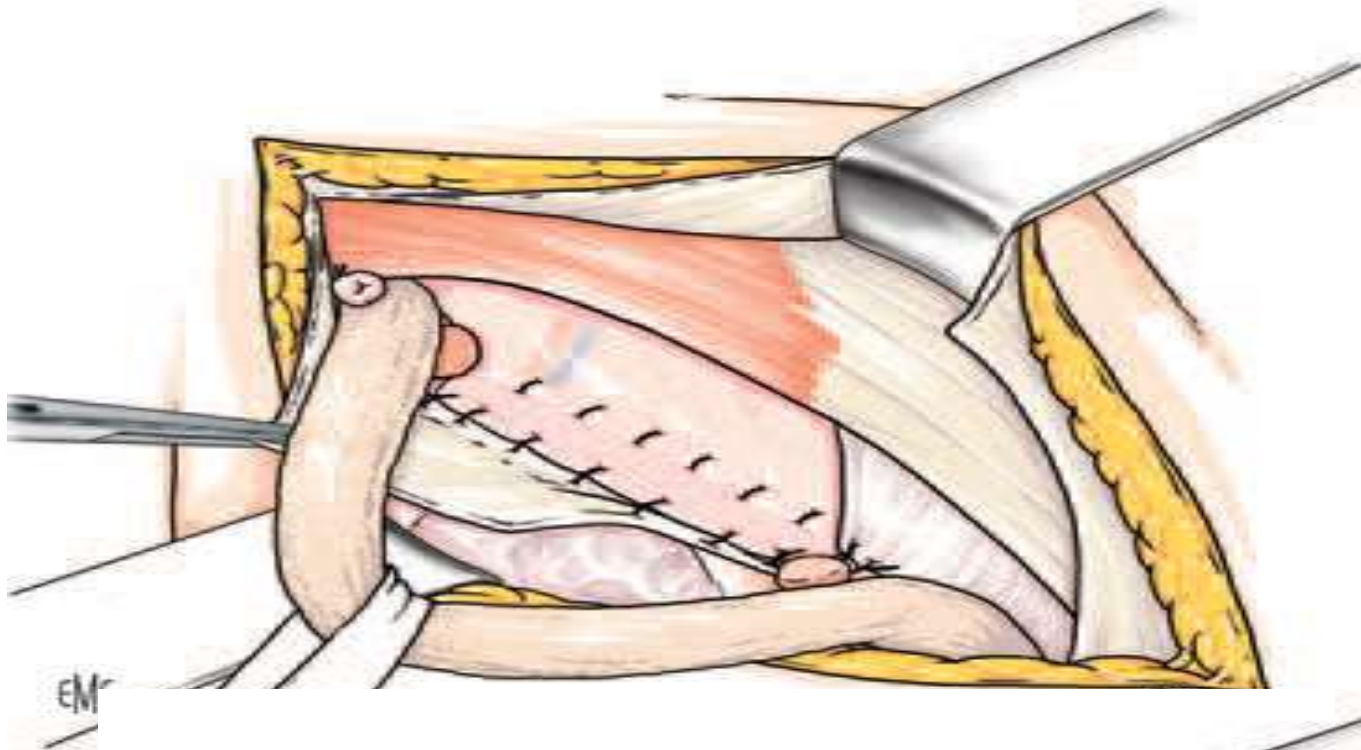
*Bilan sanguin préopératoire

VI/ TRAITEMENT:

le traitement est chirurgical soit par

1) raphie: simple suture

2) par prothèse



VII/ HERNIE OMBILICALES ET DE LA LIGNE BLANCHE

Dgc: -est clinique

- ombilic déplissé

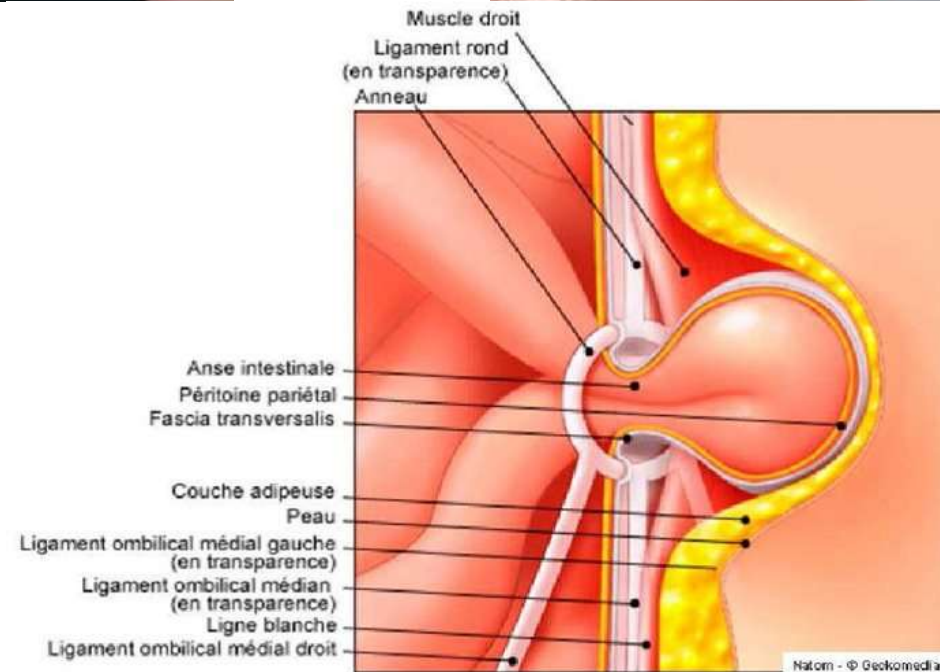
- hernie généralement réductible

- l'obésité, l'ascite, la grossesse ou la dialyse péritonéale chronique.

Complications:

- mêmes complications.

TRT: chirurgical +Médical.





Bibliographie:

- (1) Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) :traitement chirurgical des éventrations diaphragmatiques
- (2) Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) :traitement chirurgicale des hernies diaphragmatiques rares
- (3) Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC): traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme
- (4) Fisher's mastery of surgery
- (5) Lee J. Skandalakis Surgical Anatomy and Technique A Pocket Manual Fifth Edition springer
- (6) Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) Hernies hiatales et autres pathologies diaphragmatiques D. Collet, C. Gronnier
- (7) Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) Traitement chirurgical des hernies hiatales et leur complication D. Collet, C. Gronnier
- (8) Textbook of surgery Julian A. Smith willey blackwell