

**II. UNITES D'ENSEIGNEMENT  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE**

---

**Les hernies de la paroi abdominale chez l'adulte**

Dr Sonia Medaregnarou Boubir  
Maitre de conférences B en chirurgie générale  
Module de gastroentérologie  
4<sup>ème</sup> année médecine  
s.medaregnarou@univ-batna2.dz  
2025-2026

**Responsable du module**

**Chef du département de médecine**

## **Les hernies de la paroi abdominale chez l'adulte**

Dr Sonia Medaregnarou Boubir  
Maitre de conférences B en chirurgie générale  
Module de gastroentérologie  
4<sup>ème</sup> année médecine  
s.medaregnarou@univ-batna2.dz  
2024-2025/2025-2026

### **Les objectifs à atteindre conformément aux directives de l'**

Annexe de l'Arrêté n° 914 du 08 AOUT 2021  
fixant le programme d'enseignement de la quatrième année  
de graduation en médecine

### **12. Hernie pariétale chez l'adulte**

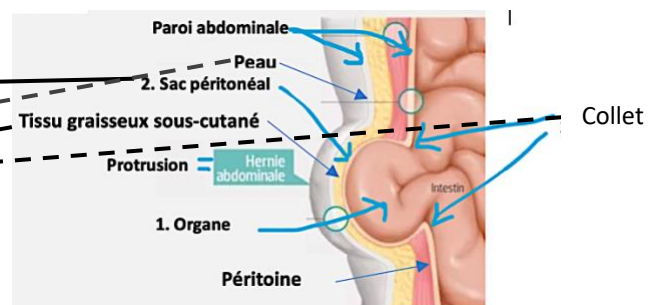
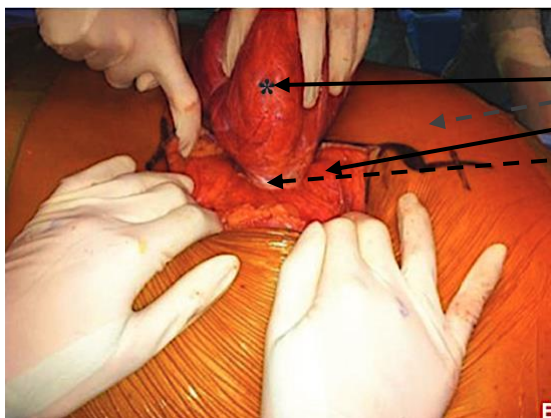
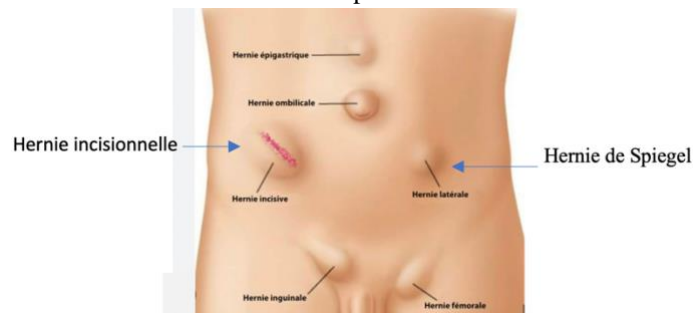
- 1) Diagnostiquer une hernie inguinale de l'enfant et de l'adulte.
- 2) Identifier les situations d'urgence.
- 3) Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

## 1. Définitions

- Les hernies de la paroi abdominale sont des pathologies bénignes fréquentes.
- Examinons attentivement le titre de ce cours :
  - Deux termes : La pathologie “ **les hernies** “ qui touche une partie du corps humain : “**L'abdomen** “.
  - “**L'abdomen** “ : il comprend une paroi et une cavité.
- **Qu'est-ce qu'une hernie ?** Une hernie est une saillie (voussure= masse= tuméfaction). Le terme exact : la hernie est une protrusion (=une saillie = une voussure= une masse= une tuméfaction). Elle correspond au passage d'un organe de la cavité abdominale à travers un orifice appelé : collet herniaire, donnant l'aspect d'une tuméfaction de la paroi abdominale. L'organe est couvert par le péritoine pariétal. Ce dernier est appelé : le sac de la hernie couvert par le tissu graisseux sous cutané.
- Les composantes d'une hernie sont au nombre de trois : un organe, un sac et un orifice.
- *Devant toute tuméfaction (masse, voussure) au niveau de la paroi abdominale : pensez à une hernie.*

Six protrusions (= tuméfactions) de la paroi abdominale :

Six hernies de la paroi abdominale



**Hernie ombilicale** : après l'ouverture du sac, l'organe contenu à l'intérieur est exposé.

- “ **Les hernies** “ : ce terme est au pluriel. Ce qui indique qu'il en existe plusieurs types.
- Selon l'origine de l'orifice et son siège :

- **Hernies incisionnelles** (=éventration) L'orifice provient de la désunion (= ouverture) d'une plaie opératoire, et la hernie se situe au niveau de la cicatrice d'une intervention chirurgicale abdominale. L'adjectif "incisionnelle" fait référence à une incision chirurgicale.

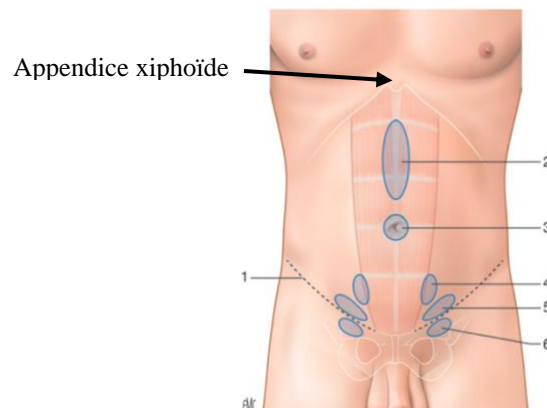
*Ainsi, en présence d'une tuméfaction sous une cicatrice, pensez à une hernie incisionnelle.*

- **Hernies acquises :**

- Les hernies de la paroi abdominale antérieure
  - Hernies médianes (siègent sur la ligne médiane), fréquentes.
    - Hernie épigastrique (= Hernie de la ligne blanche) se développe au niveau de l'épigastre, au niveau de la zone de faiblesse entre les deux muscles grands droits de l'abdomen.
    - Hernie ombilicale
  - Hernie latérale de Spiegel : rare, située dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen, latéralement en dehors des muscles droits de l'abdomen.
- Les hernies de l'aîne : fréquentes ; elles constituent les trois quarts des hernies.
  - Hernies inguinales : indirecte et directe
  - Hernie fémorale (=hernie crurale)

## 2. **Facteurs favorisant**

- Le mécanisme d'une hernie acquise repose sur un relâchement musculo-aponévrotique, conduisant à :
  - L'ouverture des orifices naturels clos de la paroi abdominale : la hernie ombilicale, la hernie inguinale indirecte (droite ou gauche ou bilatérale) et hernie fémorale (droite ou gauche ou bilatérale).
  - Une déchiscence (= rupture) des zones de faiblesse de la paroi abdominale : la hernie épigastrique, la hernie inguinale directe rare (droite ou gauche ou bilatérale) et la hernie de Spiegel (droite ou gauche ou bilatérale).
- **Les orifices herniaires de la paroi abdominale** : (6) Deux orifices fémoraux droite et gauche au-dessous de la ligne Malgaigne (1), : une hernie fémorale droite et une autre gauche (5) Deux orifices inguinaux au-dessus de la ligne de Malgaigne : une hernie inguinale droite et une autre gauche ; et (3) l'orifice ombilical.
- **Les zones de faiblesse** : (2) La ligne blanche entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic et (4) Deux zones de faiblesse aponévrotique entre les muscles larges et le muscle grand droit au niveau de la ligne arquée ; la déchiscence siège au niveau de l'entrecroisement des fibres de l'aponévrose du muscle transverse et du muscle oblique interne : deux Hernies de Spiegel ; et (5) Deux zone de faiblesse aponévrotique des deux canaux inguinaux : droite et gauche.



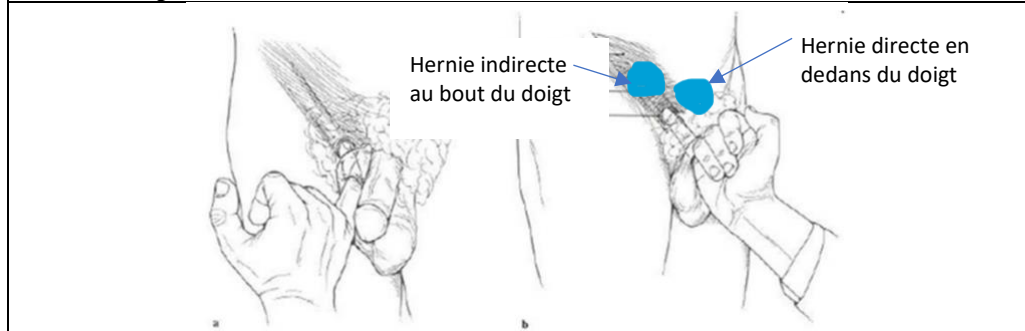
- Deux facteurs favorisent le relâchement musculo-aponévrotique :
  - L'âge avancé : perte d'élasticité et de tonicité musculaire

- La dénutrition
- Tabagisme
- Augmentation de la pression intra-abdominale due à :
  - Constipation chronique
  - Toux chronique : bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
  - Prostatisme<sup>1</sup> : Hernie de l'aine est une complication chronique de l'Hypertrophie bénigne de la prostate. Souvent la hernie est bilatérale (droite et gauche).
  - Port fréquent de charges lourdes (métiers)
  - Obésité abdominale
  - Multiparité
  - Ascite : cirrhose hépatique

### 3. Diagnostic positif

- Il est clinique.
- Il repose sur :
  - L'interrogatoire : rechercher les facteurs favorisant.
  - L'examen clinique de la hernie se fait en position debout au repos et avec des efforts de toux, puis en position couchée au repos.
  - Tous les orifices herniaires doivent être examinés : rechercher une hernie concomitante.
  - L'examen clinique des hernies inguinaux : Manœuvre du doigt ganté de la peau scrotale.
  - L'examen clinique des hernies de l'aine et de Spiegel est comparatif bilatéral: droite et gauche.
  - La recherche d'une hernie fémorale s'effectue au-dessous de la ligne de Malgaigne<sup>2</sup>

Manœuvre du doigt ganté de la peau scrotale : Le doigt coiffé de la peau scrotal est introduit le long du trajet du canal inguinal vers l'orifice profond, puis on demande au patient de tousser. La hernie est indirecte : si elle est perçue au bout du doigt. La hernie est directe : si elle est perçue en dedans du doigt.



### 4. Formes cliniques évolutives

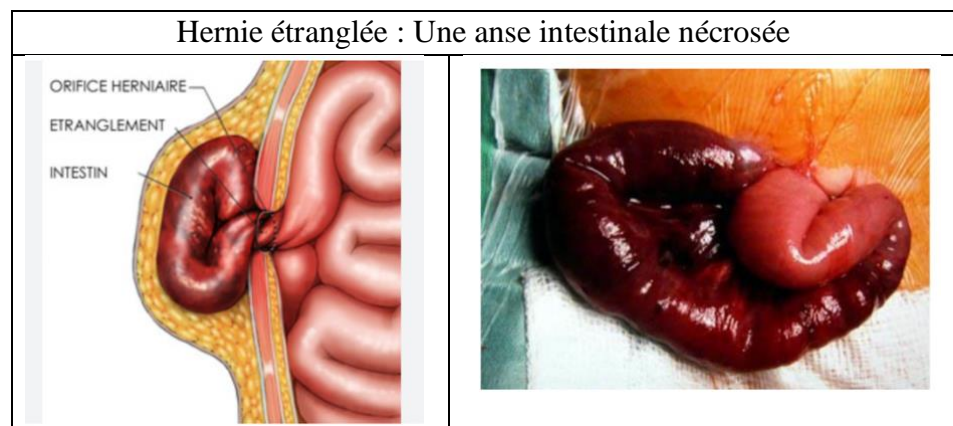
Trois principales situations cliniques

<sup>1</sup> Le **prostatisme** désigne un ensemble de symptômes urinaires liés à une obstruction partielle ou totale du flux urinaire, souvent causée par une affection de la prostate, comme l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Ces symptômes incluent :

- Difficulté à commencer la miction.
- Jet urinaire faible ou interrompu.
- Sensation de vidange incomplète de la vessie.
- Fréquence urinaire accrue, surtout la nuit (nycturie).
- Besoin urgent d'uriner.

<sup>2</sup> La **ligne de Malgaigne** est une ligne anatomique imaginaire utilisée pour repérer la région inguinale : la projection cutanée du ligament inguinal tendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis.

- **Une hernie symptomatique :**
  - Motif de consultation : une gêne à l'effort ou en position assise prolongée
  - L'examen clinique :
    - Une tuméfaction expansive
    - Non douloureuse,
    - Réductible
    - Impulsive (elle augmente de volume à la toux).
  - Le diagnostic est principalement clinique et aucun examen complémentaire est nécessaire.
  - Sauf si la hernie n'est pas palpée : aucune tuméfaction palpée malgré les efforts de toux. Une échographie pariétale est demandée ou un scanner abdomino-pelvien chez les patients obèses.
  - Sauf pour d'une hernie de Spiegel : le scanner ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont les examens diagnostiques clés.
- Une hernie dite « engouée »
  - Lorsque la tuméfaction est douloureuse, molle, non impulsive à la toux et difficilement réductible mais la réduction reste possible par une pression douce et continue.
- **Une hernie étranglée : la complication principale de toute hernie.**
  - L'organe hernié est étranglé au travers du collet herniaire après un effort,
  - Une tuméfaction plus ou moins volumineuse
  - Dure, très douloureuse, non impulsive à la toux, et surtout totalement irréductible par la pression douce.
  - Urgence chirurgicale : elle entraîne soit une occlusion intestinale aiguë mécanique par strangulation si l'intestin grêle ou colon se trouvent dans le sac herniaire ; soit la nécrose ischémique du viscère étranglé (l'épiploon ou l'ovaire).
  - Une intervention chirurgicale en urgence est nécessaire.



## **5. Diagnostic différentiel**

- Pour les hernies : ombilicale, épigastrique et de Spiegel : Lipome et les tumeurs pariétales.
- Pour les hernies de l'aîne :
  - Lipome
  - Adénopathies inguino-crurales,
  - Les tumeurs pariétales
  - Les anévrismes fémoraux.
  - Kyste du cordon
  - Hydrocèle
  - Ectopie testiculaire

## 6. Traitements

- Toute hernie diagnostiquée doit être traitée.
- Le traitement repose sur deux volets :
  - La chirurgie
  - Le contrôle des facteurs favorisants
- Le principe du Traitement chirurgical :
  - La réduction de la hernie : réintégration du viscère hernié dans la cavité abdominale et résection de son sac.
  - La fermeture de l'orifice musculo-aponévrotique : par sutures simples (raphie) ou par pose d'un voile de tissu prothétique.

## Conclusion :

Devant un tableau d'occlusion intestinale aiguë mécanique, l'examen de tous les orifices herniaires est systématique afin de détecter une hernie étranglée.

Une seule référence pour vous à consulter :

**Bailey & Love's Short Practice of Surgery** (copier, googler et cliquer sur le premier lien : le livre est d'accès gratuit). Chapitre 60 : Abdominal wall, hernia and umbilicus.

*"L'apprentissage est une aventure : plus on s'y engage avec passion, plus on en récolte les fruits."*

Bon courage mes amis