

Qu'est-ce qu'une hernie de l'aine ?

La région de l'aine possède des orifices naturels à la racine de la cuisse, pour laisser passer les éléments anatomiques qui vont au membre inférieur, et au testicule chez l'homme. Un relâchement anatomique de ces orifices peut être à l'origine de l'apparition d'une hernie de l'aine, inguinale ou crurale, qui est l'issue, à travers un orifice naturel élargi, d'une partie du contenu de la cavité abdominale. Une hernie se manifeste généralement par un gonflement localisé de l'aine, majoré par la position debout et les efforts. Les hernies peuvent apparaître à n'importe quel âge. Les hernies inguinales sont plus fréquentes chez l'homme, les hernies crurales sont plus fréquentes chez la femme. Les hernies de l'enfant résultent d'une anomalie congénitale spécifique.

Quelles en sont les conséquences ?

Une fois la hernie constituée, l'augmentation progressive de son volume est la règle, mais s'observe avec une vitesse d'évolution variable.

La guérison sans opération n'existe pas.

L'évolution naturelle est une gêne croissante avec le temps. L'étranglement herniaire est le risque évolutif majeur : c'est l'incarcération de l'intestin dans la hernie. La hernie devient irréductible et très douloureuse. Ceci impose une consultation chirurgicale en urgence.

Le risque d'étranglement est variable selon le type anatomique de la hernie : faible pour la hernie inguinale dans sa variété directe, il est important pour la hernie crurale. Ce risque doit être discuté avec le chirurgien lors de la consultation.

Il y a des hernies qui s'accompagnent de douleurs locales en l'absence d'étranglement. Ces douleurs peuvent être liées à d'autres pathologies et non à la hernie, et risquent de persister après la réparation de la hernie.

Quel est le traitement d'une hernie de l'aine ?

Le traitement curatif d'une hernie de l'aine est chirurgical.

La réduction de la hernie et sa tentative de maintien par un bandage herniaire n'est pas une option thérapeutique à retenir aujourd'hui.

Une abstention thérapeutique ne peut être proposée qu'à l'issue d'une consultation chirurgicale.

Comment répare-t-on une hernie ? Chez l'adulte :

Deux types de procédures ont été développés :

- Reconstruction de la paroi par coutures utilisant les tissus anatomiques.
- Renfort de paroi utilisant un voile de tissu synthétique (on parle alors de réparation par « plaque, prothèse, voile, filet... »).

Deux modes de réalisation technique existent et se différencient par le site d'implantation du renfort de paroi :

- Voie directe antérieure (incision unique à l'aine).
- Voie cœlioscopique postérieure (mini-incisions proches du nombril).

Plusieurs types d'anesthésies sont possibles. Le choix définitif de la technique retenue est validé à l'issue de la consultation d'anesthésie.

La voie coelioscopique impose une anesthésie générale. La voie antérieure est possible sous une anesthésie locale ou loco-régionale.

Dans tous les cas, la période post-opératoire de consolidation définitive est de trois à quatre semaines pendant lesquelles on conseille d'éviter les efforts physiques importants (port de charges de plus de 5 kgs).

La hernie congénitale de l'enfant ne nécessite pas de renfort prothétique.

Quels sont les risques de la chirurgie des hernies de l'aine ?

Rares complications liées à toute chirurgie abdominale :

- Complications thromboemboliques (phlébites, embolie pulmonaire)
- Complications hémorragiques (plaies vasculaires, hématomes)
- Complications infectieuses sur incisions, cathéters, drains et sondes.
- Plaies digestives, brides et occlusions intestinales secondaires
- Plaies vésicales, rétentions d'urines post-opératoires

Il existe aussi des complications exceptionnelles liées à la coelioscopie :

- Survenant lorsque l'on gonfle l'abdomen ou quand on introduit le premier trocart au début de l'opération, elles peuvent nécessiter une conversion en une grande ouverture (laparotomie).
- Il s'agit en général de blessures de gros vaisseaux comme l'aorte abdominale ou de blessures des organes proches du site opératoire, essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie). Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle, mais elles peuvent parfois passer inaperçues lors de l'intervention et provoquer une péritonite ou un abcès post- opératoire. Elles peuvent exceptionnellement entraîner le décès du patient.

Complications spécifiques précoces :

- Séromes (bosse de liquide clair) et ecchymoses (placard bleu) pouvant diffuser dans les tissus de la verge et des bourses (entre 5 et 10% des cas).
- Retentissement sur la sensibilité sus-pubienne, le volume et la sensibilité du testicule et des bourses dû à la dissection du cordon spermatique et pouvant conduire à une atrophie ischémique du testicule (moins de 1% des cas).
- Exceptionnelles infections de la prothèse improprement appelées "rejets" et pouvant nécessiter une ré-intervention pour ablation (moins de 0,35% des cas).

Complications spécifiques tardives :

- Douleurs séquellaires, régressant le plus souvent dans les deux années suivant l'intervention et qui semblent plus fréquemment observées après voie antérieure (2-4%).
- Récidive de la hernie (autour de 2% après renfort de paroi utilisant la pose d'un treillis prothétique).