

Cure de hernie inguinale du garçon

Cette intervention consiste à fermer l'orifice inguinal responsable de la hernie.

La hernie inguinale

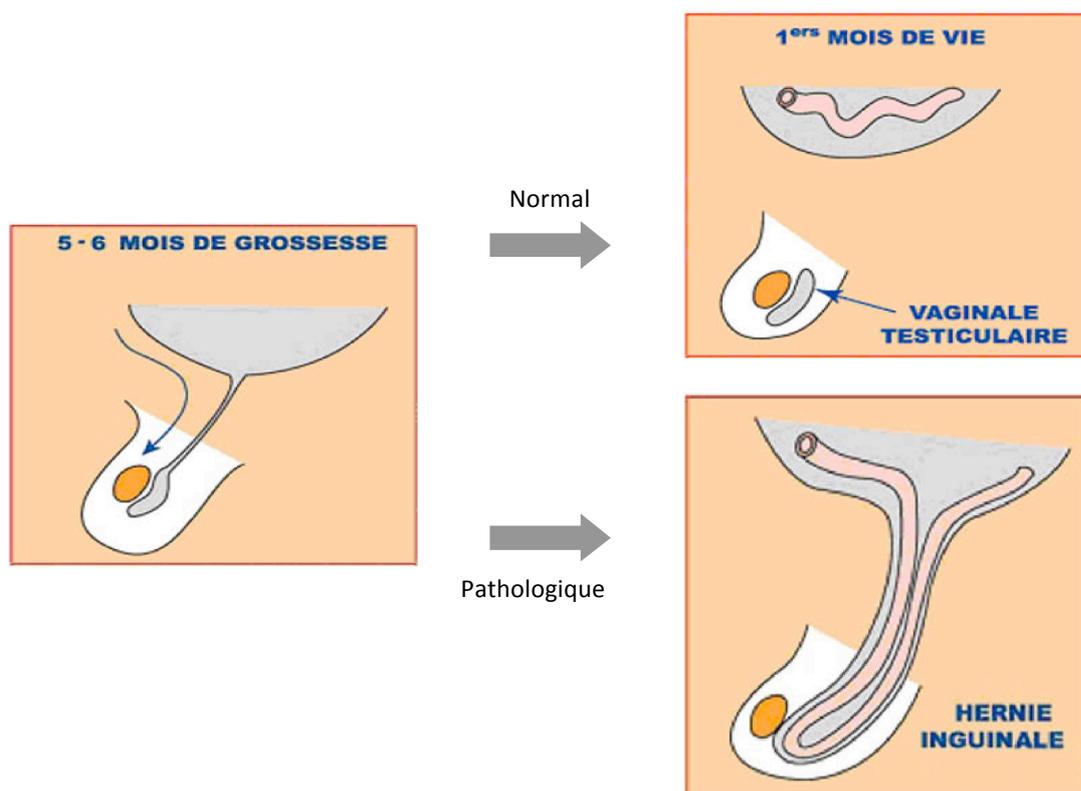
La hernie inguinale du garçon est une anomalie congénitale due à la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Contrairement à la hernie inguinale de l'adulte, il ne s'agit pas d'une faiblesse de la paroi musculaire.

Le canal péritonéo-vaginal

C'est un canal existant avant la naissance et qui fait communiquer l'abdomen, appelé aussi « cavité péritonéale », à l'enveloppe située autour du testicule, appelée « vaginale ». Ce canal « péritonéo-vaginal » passe sous la peau, dans le pli inguinal, et suit le cordon qui mène au testicule.

Normalement chez un enfant né à terme, ce canal est fermé à la naissance. Il arrive néanmoins que ce canal reste largement ouvert après la naissance, permettant à une anse intestinale de s'engager dedans, créant ainsi une hernie inguinale.



Le diagnostic de hernie inguinale

Il repose sur l'examen de l'enfant par le médecin, et la description des parents. Il s'agit d'une « grosseur » intermittente au niveau de l'aîne et au-dessus du testicule qui « sort » quand il y a une augmentation de la pression dans la cavité abdominale, c'est-à-dire quand l'enfant pleure, pousse, marche. Cette « grosseur » correspond dans la grande majorité des cas au passage de l'intestin dans le canal péritonéo-vaginal. Le plus souvent, dès que l'enfant est au repos ou endormi, la hernie disparaît ou peut-être « rentrée » en appuyant dessus délicatement. La hernie est peu ou pas douloureuse, et peut se voir plusieurs fois par jour.

Le risque d'une hernie inguinale est « l'étranglement », c'est-à-dire que l'intestin reste bloqué dans le canal. Dans ce cas, l'intestin bloqué va entraîner une occlusion intestinale et va comprimer les vaisseaux sanguins irrigant le testicule, ces deux événements pouvant provoquer une nécrose intestinale et testiculaire. Cet étranglement se manifeste par une hernie extériorisée devenant douloureuse et qui ne rentre pas au repos. Il faut alors consulter rapidement un médecin pour qu'il réduise la hernie en la manipulant. Dans quelques cas, cette manipulation, même entre des mains expertes peut être impossible. Il faut alors opérer en urgence pour limiter le risque de lésions intestinales et testiculaires.

Un étranglement herniaire avec occlusion et nécrose intestinale peut entraîner un risque vital.

Pourquoi cette intervention ?

L'intervention a pour objectif de fermer le canal péritonéo-vaginal, afin d'éviter l'extériorisation de la hernie et donc le risque d'un étranglement herniaire.

Il faut donc opérer les enfants sans trop tarder après le diagnostic, dans un délai de quelques jours à quelques semaines, en fonction de la fréquence des extériorisations herniaires.

Il n'y a pas d'âge minimum pour opérer une hernie inguinale. Le risque opératoire est faible chez un enfant né à terme.

Chez le prématuré hospitalisé en néonatalogie, la hernie doit être opérée juste avant la sortie à domicile.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Il existe une faible possibilité de guérison spontanée de hernie observée dans les premiers mois de vie. Cependant, l'ensemble des chirurgiens pédiatres français s'accorde pour recommander le traitement chirurgical quelque soit l'âge du diagnostic, notamment en raison du risque d'étranglement qui semble plus important que le risque lié à l'intervention. Particulièrement lors des premiers mois, car c'est précisément à cet âge que le risque d'un étranglement herniaire est maximum.

Cas particuliers : Lorsque l'enfant est porteur d'une pathologie rendant le risque opératoire très élevé (malformation cardiaque, hémophilie...), il peut être discuté d'attendre et d'espérer une guérison en surveillant bien l'enfant plutôt que d'opérer.

L'intervention

Elle se déroule sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie, chez un enfant à jeun, souvent complétée par une anesthésie loco-régionale permettant de diminuer la douleur post-opératoire.

Une incision est réalisée dans le pli inguinal en regard de la hernie. Le canal péritonéo-vaginal est séparé des vaisseaux allant vers le testicule, puis il est fermé par une ligature. Si les deux côtés sont impliqués, l'intervention est bilatérale dans le même temps anesthésique.

Une technique par voie coelioscopique (une caméra et des instruments fins sont introduits à travers la paroi de l'abdomen) est pratiquée par certains chirurgiens, et peut être indiquée dans certaines formes de récurrence.

Au cours de l'intervention le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption de l'acte opératoire.

Suites habituelles

Un traitement contre la douleur sera prescrit.

L'enfant sort de l'hôpital dans la soirée (chirurgie ambulatoire), sauf chez le petit nourrisson ou en cas de hernie compliquée où la surveillance est poursuivie habituellement jusqu'au lendemain.

Risques et complications

Ces risques et complications **sont très rares**.

Il existe des risques liés à l'anesthésie et aux médicaments utilisés lors de l'intervention. Ce sont des risques allergiques et toxiques, souvent imprévisibles mais exceptionnels. L'anesthésiste vous informera de ces risques et vous pourrez lui poser les questions que vous souhaitez.

Il existe des risques liés au geste opératoire :

- Pendant l'intervention :
 - o Section d'un élément du cordon allant vers le testicule (canal déférent, vaisseaux sanguins). Cela peut aboutir ultérieurement à un défaut de fonctionnement (fabrication et transport des spermatozoïdes, fonction hormonale à la puberté) et/ou de développement du testicule.
- Après l'intervention :
 - o Saignement nécessitant une réintervention
 - o Inflammation du cordon et hydrocèle (présence d'eau autour du testicule)
 - o Infection du site opératoire ou de la cicatrice
 - o Récurrence de la hernie. Le risque de récurrence est augmenté en cas d'intervention chez un enfant prématuré ou en cas d'intervention en urgence pour étranglement.
 - o Testicule ascensionné (testicule « coincé » à la partie haute des bourses ou au-dessus).
 - o Atrophie testiculaire (le testicule devient petit et/ou ne grandit pas)

Ces complications non exhaustives peuvent nécessiter une réintervention.

Comme pour toutes les interventions, ces complications peuvent engager le pronostic vital, ce qui est exceptionnel dans le cas de cette maladie.

A la sortie de l'hôpital

Un traitement contre la douleur est prescrit selon les cas. Les activités normales de l'enfant sont reprises rapidement.

Les éléments suivants devront être surveillés à domicile : fièvre, douleurs, saignement, réapparition de la hernie. En cas d'anomalie votre médecin traitant ou notre service devra être contacté.

Une consultation post-opératoire avec le chirurgien est organisée quelques semaines après la sortie. La cicatrice devient souvent peu visible quelques mois après l'intervention.

Après une intervention pour hernie étranglée, le chirurgien contrôlera dans les années qui suivent que le testicule a bien récupéré et qu'il se développe correctement.

Dr Guillaume PODEVIN, service de chirurgie infantile, CHU de Nantes

Pr Pascal De LAGAUSIE, Service de chirurgie infantile, CHU La Timone, Marseille

Dr Jean-Luc MICHEL, Service de chirurgie infantile, CHR La Réunion, Saint-Denis