

EXAMEN CLINIQUE DES HERNIES DE L'AINÉ

CLÉ DE VOÛTE DE L'INDICATION OPÉRATOIRE

M. Beck, B. Simeu-Tamnou

Thionville - FRANCE

La hernie de l'aine est l'exemple même d'une pathologie dans laquelle l'examen clinique seul suffit totalement à établir le diagnostic et poser l'indication opératoire, rendant inutile toute autre investigation. Toutefois, cet examen doit être rigoureux et soigneusement consigné. Cette étude porte sur trois points bien ciblés de la démarche diagnostique, soulevant les problèmes de l'échographie préopératoire, du diagnostic de bilatéralité, et de la douleur préopératoire synchrone de la hernie.

MOTS CLÉS : Hernie, Echographie, Douleurs inguinales.

□ ÉTUDE DE LA SÉRIE

➤ Examen clinique

L'examen clinique est toujours fait en position debout, en faisant tousser et pousser le patient. Les deux côtés sont systématiquement examinés. La classique exploration digitale du canal inguinal est désagréable pour le patient, superflue dans la grande majorité des cas et réservée à des situations douteuses. Encore doit-elle être interprétée avec prudence. L'examen doit parfois être répété, si la tuméfaction décrite par le patient s'avère inapparente au moment même de la consultation.

Doivent être soigneusement notés :

- les antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne qui peuvent influencer le choix d'une voie cœlioscopique ou ouverte.
- les douleurs concomitantes à la hernie surtout si elles semblent atypiques, donc vraisemblablement non liées à la hernie.
- le risque d'étranglement, très variable selon le type de hernie et d'un patient à l'autre. Ce point est important chez des sujets très âgés, à la limite de l'opérabilité, chez lesquels on peut logiquement hésiter sur la décision opératoire.
- l'irréductibilité herniaire, en particulier dans les hernies fémorales de la femme.
- la profondeur de la hernie, facteur prédictif de difficulté opératoire surtout si l'on choisit la voie cœlioscopique. Les volumineuses hernies inguino-scrotales sont en effet difficiles à traiter, plus encore par TEP que par TAPP et nécessitent une certaine expertise de l'opérateur.

Au terme de cet examen simple et rapide, le chirurgien est en possession de tous les éléments nécessaires pour poser

une indication opératoire et choisir la technique la plus adaptée.

Ce travail concerne une série homogène, uni opérateur, de 346 hernies chez 287 patients, dont 300 soit 87 % opérées par voie cœlioscopique, une grande majorité par TEP, et 11 % selon la technique de Lichtenstein durant l'année 2010.

N'ont été opérées que les hernies patentes, cliniquement évidentes. Les patients qui se présentaient avec un examen clinique objectif normal et se plaignaient de douleurs isolées de l'aine rapportées à une hypothétique hernie, volontiers suspectée à l'échographie, n'ont pas été opérés mais simplement surveillés.

➤ Hernie et échographie

24 % des patients se sont présentés à la consultation munis d'une échographie, inexacte ou incomplète dans 31 % des cas :

- soit par défaut, lorsqu'une hernie évidente cliniquement est passée inaperçue notamment parce que l'examen a été fait en position couchée.
- soit parce qu'une hernie controlatérale cliniquement palpable n'a pas été recherchée ou trouvée.
- soit parce qu'une hernie controlatérale a été décrite alors que l'examen clinique était strictement normal.

La fiabilité de l'échographie est donc de 69 % dans notre étude, la spécificité n'étant pas quantifiable. En effet, les patients se plaignant d'une douleur nue, sans hernie palpable, n'ont pas été opérés, donc n'ont pas pu être répertoriés. Nous tenons en 2013 un registre à part de ces cas.

➤ Hernies et bilatéralité

Dans notre série, 20,5 % des patients se sont présentés avec une hernie bilatérale synchrone. Dans 49 % des cas, le diagnostic n'avait pas été fait avant la consultation chirur-

gicale! Le patient lui-même ignorait son existence. C'est l'examen en position debout, en faisant pousser ou tousser le patient, qui a permis d'établir le diagnostic, soit de hernie patente, soit simplement d'une faiblesse pariétale susceptible de devenir un jour une hernie authentique. Dans ce dernier cas, l'indication de traitement bilatéral synchrone était posée après discussion avec le patient, et en fonction de données telles que l'âge, le travail physique ou non, les activités sportives. Le traitement controlatéral pourrait par conséquent être qualifié de prophylactique et basé sur la présomption de transformation de la faiblesse pariétale en hernie avérée.

> *Hernies douloureuses*

Nous parlons bien sûr ici des patients présentant une hernie patente, accompagnée de douleurs inguinales. Étaient exclus les patients présentant une douleur nue, parfois évocatrice de pubalgie, ou une douleur accompagnée de diverses irradiations, d'origine rachidienne probable et qui ne sont bien évidemment pas opérés.

13 % des patients se plaignaient donc de douleurs préopératoires invalidantes. Étaient-elles générées ou non par la hernie? C'est une délicate question à laquelle il n'est pas toujours facile voire possible de répondre. Plus ces douleurs paraissent atypiques et comportent des irradiations (testicules, dos, face antérieure de la cuisse), moins elles semblent secondaires à la hernie. Nous avons constaté que la moitié de ces patients se sont plaints de douleurs postopératoires particulièrement importantes, inhabituelles après TEP, nécessitant des prises médicamenteuses et des arrêts de travail prolongés.

DISCUSSION

> *Hernie et échographie*

On ne peut qu'être excédé de voir un patient porteur d'une hernie évidente brandir une échographie inguinale lors de la consultation chirurgicale. Inutile dans cette situation, cet examen peut même devenir nuisible en cas de faux positif. L'échographie décrit parfois avec force détails une hernie à contenu digestif (sic!) chez un patient dont l'examen clinique strictement normal permet d'exclure formellement le diagnostic de hernie. Il va alors falloir convaincre le patient et son médecin qu'il n'y a pas de risque d'étranglement, d'ailleurs pas même de hernie, et par conséquent pas lieu d'opérer, et tout cela dans le respect de la déontologie! Quant aux données de la littérature, elles doivent être interprétées avec une certaine prudence. Les publications dédiées à l'échographie inguinale sont le fait d'équipes motivées avec des radiologues certainement rompus à cet examen. Une méta-analyse très récente [1] signale 92 à 100 % de sensibilité et 22 à 100 % de spécificité dans les hernies patentes. La même équipe note 86 % de sensibilité et 77 % de spécificité dans les hernies occultes [2]. Pour certains, l'échographie devient même l'examen de référence dans les

hernies [3]. Elle détecterait des hernies occultes responsables de douleur de l'aine chez la femme [4]. Pour d'autres, elle définirait précisément en préopératoire le type de hernies, ce dont on voit assez mal l'utilité [5]. Pour d'autres encore, associée à l'I.R.M. (!), elle permettrait de détecter des hernies occultes chez des patients candidats à une chirurgie radicale de la prostate, afin de traiter la hernie dans le même temps opératoire [6]. Tout cela semble bien excessif et coûteux.

À l'opposé, d'autres équipes ont choisi de n'opérer, comme nous le faisons, que des hernies palpables sans tenir compte des données de l'échographie [7], ou en n'y recourant qu'exceptionnellement [8]. En dehors des cas de pubalgies qui nécessitent une prise en charge spécifique ou des diagnostics différentiels des douleurs inguinales (coxarthrose, pathologie rachidienne ou génito-urinaire), les patients présentant une douleur inguinale nue sont traités médicalement et surveillés. On pourrait craindre que dans ces situations, une authentique hernie finisse par s'extérioriser, donnant ainsi raison à l'échographie. En fait, dans notre expérience, cette éventualité s'est avérée exceptionnelle. Par sécurité, nous prévenons tout de même le patient et son médecin de la possibilité qu'une douleur inguinale isolée soit un phénomène inaugural d'une hernie.

En conclusion :

L'échographie inguinale ne présente qu'exceptionnellement un intérêt dans le diagnostic des hernies de l'aine. Elle ne devrait pouvoir être demandée que par le chirurgien s'il la juge nécessaire, par exemple pour distinguer une adénopathie d'une hernie fémorale irréductible. Il serait utile de sensibiliser les médecins généralistes par tous les moyens afin qu'ils stoppent cette pratique inutile et coûteuse. En extrapolant à partir de nos données, si le quart des patients opérés chaque année en France d'une hernie (120 000 environ) consomment une échographie inguinale à 37,80 €, c'est plus d'un million d'euros qui partent en fumée!

> *Hernies et bilatéralité*

L'incidence de la bilatéralité dans la maladie herniaire est élevée. Nous avons relevé 20,4 % de bilatéralité synchrone, et 18 % d'antécédents de hernie controlatérale traitée dans les cas de hernie unilatérale, chiffres qui correspondent bien aux données de la littérature. En cas de bilatéralité synchrone, le traitement en un temps n'est plus remis en question, a fortiori lorsqu'il est réalisé par voie cœlioscopique.

Le taux actuariel de survenue d'une hernie controlatérale après traitement d'une hernie unilatérale est difficile à évaluer mais probablement également élevé. On peut ainsi arriver au concept de maladie herniaire à risque de récurrence élevée (sous-entendu controlatérale) et donc proposer, comme l'avait fait Stoppa, un traitement bilatéral systématique que l'on peut optimiser grâce au recours à la voie cœlioscopique [9]. D'autres équipes cœlioscopiques défendent l'idée d'une exploration controlatérale suivie d'un geste curatif en cas de découverte d'une hernie occulte, dont l'incidence varierait de 11 % [10] à 22 % [11] voire 55 % [12]. En faveur de ces atti-

tudes "agressives", on peut retenir le désir louable de rendre service aux patients et d'éviter une possible réintervention. Plaident contre ces stratégies le surcoût d'un geste peut-être inutile, l'augmentation de la durée opératoire, la dissection d'une région présumée anatomiquement saine ne faisant par ailleurs l'objet d'aucune doléance. Et que dire au patient s'il présente une douleur testiculaire postopératoire ? (12 % dans notre série). En cas d'exploration négative, les adhérences postopératoires ne risquent-elles pas de gêner un geste ultérieur, si d'aventure une hernie apparaissait tout de même par la suite à ce niveau ? Actuellement, les données de la littérature sont insuffisantes pour définir une attitude standardisée vis-à-vis des hernies controlatérales potentielles, comme le souligne Bittner [13].

En conclusion :

Nous avons choisi de nous baser exclusivement sur l'examen clinique. Une hernie bilatérale synchrone est toujours traitée en un temps par voie TEP en ambulatoire. En cas de hernie unilatérale avec faiblesse pariétale controlatérale, la décision est prise en fonction du choix du patient après une discussion qui tiendra compte de l'âge, des activités physiques et sportives. La décision est arrêtée à la consultation. Aucune exploration controlatérale n'est réalisée à la recherche d'une hernie occulte.

"N'est-ce pas une chose que toute l'eschole tient comme un axiome qu'il faut toujours commencer aux plus aisés remèdes ?"*

**Ambroise Paré. Les "Œuvres" 1585.*

➤ **Hernies douloureuses**

Malgré l'étymologie du mot hernie*, cette affection est rarement très douloureuse (étranglement excepté). Lorsqu'un patient présente une hernie présumée douloureuse, il attend de l'intervention, de même que son médecin, un résultat antalgique autant qu'anatomique. Malheureusement, la relation entre la douleur de l'aine et la hernie est loin d'être évidente, dans la pratique courante comme dans la littérature, ce qui est particulièrement bien décrit dans l'article de Richardson [14]. Plus la symptomatologie semble atypique par ses caractéristiques, sa localisation, ses irradiations, moins il y a de chances qu'elle disparaisse après l'intervention. De plus, l'intensité des douleurs préopératoires majore de façon significative l'incidence des douleurs chroniques postopératoires, ce que relèvent plusieurs études [15, 16, 17]. Ainsi donc, les séquelles douloureuses ne sont pas que la conséquence directe de l'acte chirurgical mais peuvent être en rapport avec le terrain. Outre le fait qu'elles sont difficiles à traiter, elles peuvent générer des situations désagréables avec des patients revendicatifs. De façon anecdotique et sans que ces cas aient été répertoriés, nous avons connu quelques difficultés avec des patients transfrontaliers, les médecins conseils d'un pays voisin reconnaissant volontiers les hernies de l'aine comme accident du travail !

En conclusion :

Les caractéristiques de la douleur inguinale synchrone d'une hernie doivent être soigneusement notées, surtout si elles présentent un caractère atypique. Le patient (ainsi que son médecin) est clairement informé de l'absence de garantie sur le résultat antalgique de l'opération.

* "Ce mot de hargne a été donné à cette maladie parce que ceux qui en sont vexés (pour la douleur qu'ils sentent) coutumièrement sont hargneux, c'est-à-dire mal plaisants et criards." Ambroise Paré. Les "Œuvres" 1585.

❑ CONCLUSIONS

L'examen clinique de l'aine est fondamental pour poser un diagnostic de hernie, découvrir une bilatéralité, évaluer la douleur, et suffit pour fournir tous les renseignements préopératoires nécessaires.

L'échographie "de masse" doit être proscrite. Cet examen ne devrait être demandé que par le chirurgien s'il l'estime nécessaire et réalisé par un radiologue sensibilisé à l'examen de l'aine.

La hernie bilatérale synchrone doit faire l'objet d'un traitement en un temps, au mieux par voie coelioscopique. La faiblesse pariétale controlatérale en cas de hernie unilatérale peut faire l'objet d'un traitement prophylactique en accord avec le patient. Il ne nous semble pas licite d'explorer le côté présumé sain au cours d'une TEP, au risque de modifier une stratégie opératoire en cours de geste.

Enfin, une symptomatologie douloureuse préopératoire, a fortiori si elle est intense et/ou peu typique d'une hernie, prédispose aux douleurs chroniques postopératoires. Le patient doit en être averti, de façon à limiter d'éventuelles revendications.

Les données de la littérature sont parfois insuffisantes pour répondre à toutes les questions posées. Le registre du Club Hernie, avec ses quelques 3500 hernies inguinales enregistrées en un an par une trentaine de chirurgiens, fournira sans doute un instrument de valeur pour mener à bien des études diverses avec une assise statistique optimale.

Mathieu BECK
Clinique Ambroise Paré
21, route de Guenrange
57 100 Thionville, France.

Correspondance
BECK.Mathieu@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

L'examen clinique reste la référence exclusive dans l'évaluation préopératoire des hernies de l'aine. L'échographie est peu fiable, coûteuse, et presque toujours inutile. La bilatéralité synchrone est souvent découverte par le chirurgien au moment de la consultation. Les douleurs préopératoires peuvent faire le lit de douleurs étiquetées séquellaires et doivent être bien notées au moment de l'examen initial.

SUMMARY (KEY WORDS: **Hernia, Ultrasonography, Inguinal pain**)

The clinical examination remains the exclusive reference in the preoperative evaluation of the groin hernias. The echography is unreliable, expensive, and almost always useless. The synchronous bilaterality is often discovered by the surgeon at the time of the consultation. The preoperative pains can make the bed of labelled sequelae pain and must be noted well at the time of the initial examination.

RIASSUNTO (PAROLE CHIAVE: **Ernia, Ecografia, Dolori inguinali**)

L'esame obiettivo rappresenta la diagnostica di riferimento nella valutazione preoperatoria delle ernie inguinali. L'ecografia è infatti meno sensibile, costosa, e quasi sempre inutile. La bilatéralità sincrona dell'ernia è spesso evidenziata dal chirurgo durante la visita. Il dolore preoperatorio può frequentemente essere all'origine dei dolori etichettati come post-operatori e deve essere accuratamente annotato al momento della visita iniziale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ROBINSON A, LIGHT D, NICE C. : Meta-analysis of Sonography in the Diagnosis of Inguinal Hernias. : *J. Ultrasound Med.* 2013 Feb; 32 (2): 339-46.
- 2 - ROBINSON A, LIGHT D, KASIM A, NICE C. : A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. : *Surg. Endosc.* 2013 Jan; 27 (1): 11-8.
- 3 - BRADLEY M, MORGAN D, PENTLOW B, ROE A. : The groin hernia - an ultrasound diagnosis? : *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 2003 May; 85 (3): 178-80.
- 4 - GRANT T, NEUSCHLER E, HARTZ W 3RD. : Groin pain in women: use of sonography to detect occult hernias. : *J. Ultrasound Med.* 2011 Dec; 30 (12): 1701-7.
- 5 - DJURIC-STEFANOVIC A, SARANOVIC D, IVANOVIC A, MASULOVIC D, ZUVELA M, BJELOVIC M, PESKO P. : The accuracy of ultrasonography in classification of groin hernias according to the criteria of the unified classification system. : *Hernia.* 2008 Aug; 12 (4): 395-400.
- 6 - MARIEN T, TAOUILI B, TELEGRAFI S, BABB JS, LEPOR H. : Comprehensive preoperative evaluation and repair of inguinal hernias at the time of open radical retropubic prostatectomy decreases risk of developing post-prostatectomy hernia. : *BJU. Int.* 2012 Sep 11.
- 7 - O'ROURKE MG, O'ROURKE TR. : Inguinal hernia: aetiology, diagnosis, post-repair pain and compensation. : *ANZ. J. Surg.* 2012 Apr; 82 (4): 201-6.
- 8 - ROSENBERG J, BISGAARD T, KEHLET H, WARA P, ASMUSSEN T, JUUL P, STRAND L, ANDERSEN FH, BAY-NIELSEN M. : Danish Hernia Database recommendations for the management of inguinal and femoral hernia in adults. : *Dan. Med. Bull.* 2011 Feb; 58 (2): C4243.
- 9 - PAWANINDRA LAL, PHILIPS P, CHANDER J, RAMTEKE VK. : Is unilateral laparoscopic TEP inguinal hernia repair a job half done? The case for bilateral repair. : *Surg. Endosc.* 2010 Jul; 24 (7): 1737-45.
- 10 - SAYAD P, ABDO Z, CACCHIONE R, FERZLI G. : Incidence of incipient contralateral hernia during laparoscopic hernia repair. : *Surg. Endosc.* 2000 Jun; 14 (6): 543-5.
- 11 - BOCHKAREV V, RINGLEY C, VITAMVAS M, OLEYNIKOV D. : Bilateral laparoscopic inguinal hernia repair in patients with occult contralateral inguinal defects. : *Surg. Endosc.* 2007 May; 21 (5): 734-6.
- 12 - ZENDEJAS B, ONKENDI EO, BRAHMBHATT RD, GREENLEE SM, LOHSE CM, FARLEY DR. : Contralateral metachronous inguinal hernias in adults: role for prophylaxis during the TEP repair. : *Hernia* 2011 Aug; 15 (4): 403-8.
- 13 - BITTNER R, ARREGUI ME, BISGAARD T, DUDAI M, FERZLI GS. : Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. : *Surg. Endosc.* 2011 September; 25 (9): 2773-2843.
- 14 - WILLIAM S. RICHARDSON, MD,* DERYK G. JONES, MD, J. CHRISTIAN WINTERS, MD,‡ AND MATTHEW A. MCQUEEN, MD§. : The Treatment of Inguinal Pain. : *Ochsner J.* 2009 Spring; 9 (1): 11-13.
- 15 - BANSAL VK, MISRA MC, BABU D, VICTOR J, KUMAR S, SAGAR R, RAJESHWARI S, KRISHNA A, REWARI V. : A prospective, randomized comparison of long-term outcomes: chronic groin pain and quality of life following totally extraperitoneal (TEP) and transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscopic inguinal hernia repair. : *Surgical Endoscopy* 2013 (2).
- 16 - DAHLSTRAND U, SANDBLOM G, NORDIN P, WOLLERT S, GUNNARSSON U. : Chronic pain after femoral hernia repair: a cross-sectional study. : *Annals of Surgery* 2011, 254 (6): 1017-1021.
- 17 - VAN DER POOL AE, HARLAAR JJ, DEN HOED PT, WEIDEMA WF, VAN VEEN RN. : Long-term follow-up evaluation of chronic pain after endoscopic total extraperitoneal repair of primary and recurrent inguinal hernia. : *Surgical Endoscopy* 2010, 24 (7): 1707-1711.