



Hernies abdominales externes

Document de travail à l'intention du

Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et
de l'assurance contre les accidents du travail

Janvier 2006

préparé par le

D^r John Duff

Professeur émérite, Département de chirurgie
Université Western Ontario

Le D^r John H. Duff a obtenu son doctorat de l'Université de Toronto en 1957, et il a fait des études postdoctorales en chirurgie à l'Université McGill de 1961 à 1966. Il a obtenu son certificat en chirurgie générale et est devenu associé du Collège royal des médecins et chirurgiens en 1965. De 1966 à 1972, il a travaillé à l'Hôpital Royal Victoria où il a été codirecteur du Service des accidents et professeur agrégé du département de chirurgie. En 1972, il a été nommé chirurgien en chef au Victoria Hospital de London et professeur de chirurgie à l'Université de Western Ontario. Le Dr Duff a été président du département de chirurgie de l'Université de Western Ontario et chirurgien en chef à l'University Hospital de 1984 à 1997. Il a été boursier Markle en médecine universitaire de 1968 à 1973. Il pratique et fait de la recherche dans les domaines de la greffe d'organes, de l'insuffisance d'organes multiples, du choc et de la sepsie intra-abdominale. Il a publié de nombreux ouvrages sur ces sujets. Le Dr Duff est conseiller médical du Tribunal depuis 1988 et préside le groupe des conseillers médicaux depuis 2005.

Ce document de travail médical sera utile à toute personne en quête de renseignements généraux au sujet de la question médicale traitée. Il vise à donner un aperçu général d'un sujet médical que le Tribunal examine souvent dans les appels.

Ce document de travail médical est l'œuvre d'un expert reconnu dans le domaine, qui a été recommandé par les conseillers médicaux du Tribunal. Son auteur avait pour directive de présenter la connaissance médicale existant sur le sujet, le tout, en partant d'un point de vue équilibré. Les documents de travail médicaux ne font pas l'objet d'un examen par les pairs, et ils sont rédigés pour être compris par les personnes qui ne sont pas du métier.

Hernies abdominales externes

Les documents de travail médicaux ne représentent pas nécessairement les vues du Tribunal. Les décideurs du Tribunal peuvent s'appuyer sur les renseignements contenus dans les documents de travail médicaux mais le Tribunal n'est pas lié par les opinions qui y sont exprimées. Toute décision du Tribunal doit s'appuyer sur les faits entourant le cas particulier visé. Les décideurs du Tribunal reconnaissent que les parties à un appel peuvent toujours s'appuyer sur un document de travail médical, s'en servir pour établir une distinction ou le contester à l'aide d'autres éléments de preuve. Voir *Kamara c. Ontario (Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal)* [2009] O.J. No. 2080 (Ont Div Court).

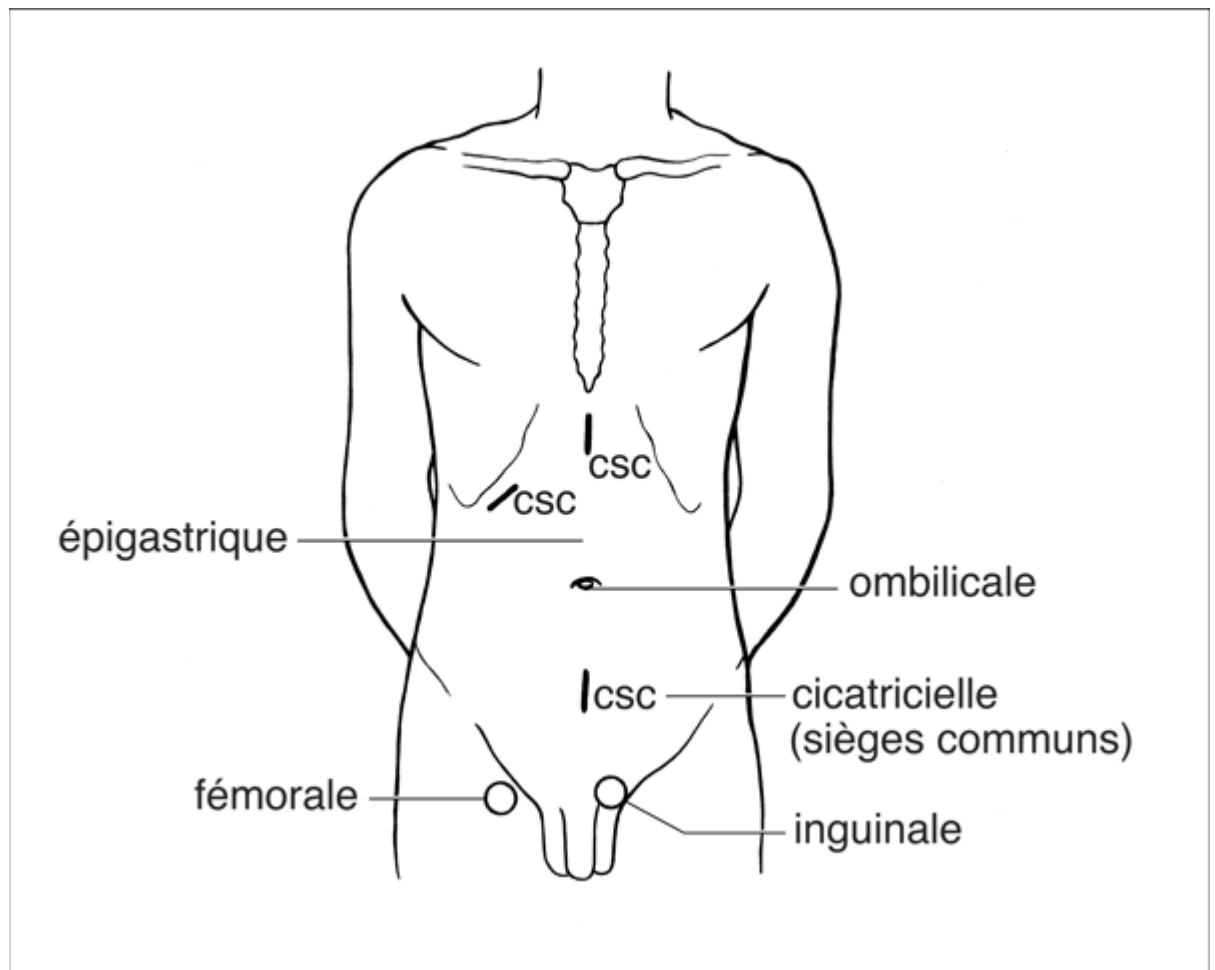
Traduction réalisée par les services de traduction certifiés retenus par le Tribunal : Martin Malette, M.A., trad. a. Membre de l'Association canadienne des réviseurs et traducteur agréé de l'Association des traducteurs et interprètes de l'Ontario.

Version 1.0

HERNIES ABDOMINALES EXTERNES

Différents types de hernies abdominales

La hernie abdominale est la masse formée par un organe, une partie d'organe ou du tissu adipeux ressortant du corps par une ouverture anormale dans la paroi abdominale. La hernie de l'aîne peut être **inguinale** ou **fémorale**. Dans le cas de la hernie inguinale, l'organe ou le tissu adipeux formant le contenu herniaire ressort de la région inguinale, au-dessus du ligament inguinal, et forme une masse au niveau ou au-dessus du ligament inguinal. Le contenu herniaire ressort parfois du canal inguinal et forme une masse scrotale. Dans le cas de la hernie fémorale, le contenu herniaire ressort du canal fémoral, qui se trouve immédiatement en dessous du ligament inguinal. La hernie **ombilicale** ressort de la paroi abdominale au niveau ou à proximité du nombril. La hernie **épigastrique**, qui est peu commune, ressort d'une brèche sur le plan médian de l'aponévrose, entre la pointe du sternum (extrémité inférieure du sternum) et l'ombilic. La hernie **cicatricielle** ressort d'une cicatrice abdominale ou d'une partie de cicatrice abdominale.



Une hernie est dite **réductible** si elle se rétracte dans la cavité abdominale de façon spontanée ou quand on y exerce une pression. Une hernie est dite **irréductible** si elle est retenue à l'extérieur de la paroi abdominale par la brèche à travers laquelle elle passe. Enfin, une hernie est dite **étranglée** quand la brèche comprime le tissu hernié et y limite l'apport sanguin.

Éléments d'anatomie concernant la hernie inguinale

Le contenu d'une hernie inguinale sort de la cavité abdominale par le canal inguinal. Cette structure s'étend de l'anneau inguinal interne (profond) à l'anneau inguinal externe (superficiel). Elle est située directement au-dessus du ligament inguinal. Le canal inguinal contient le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond de l'utérus chez la femme. Le cordon spermatique contient les artères et les veines qui alimentent les testicules et le canal déférent (conduit excréteur des testicules qui transporte le sperme). Les nerfs qui s'étendent au-dessus de l'anneau interne et devant le cordon spermatique dans le canal inguinal procurent des sensations à la peau de la région inguinale et de la région médiale de la cuisse. Les hernies de l'aîne touchent rarement ces nerfs mais il arrive en de rares occasions que leur cure entraîne la formation de tissus cicatriciels qui finissent par comprimer ces nerfs. Une telle compression est l'une des causes de la douleur chronique pouvant survenir après la cure de hernie inguinale.

Les hernies inguinales indirectes sont étroitement associées au cordon spermatique étant donné que le sac renfermant le contenu herniaire suit le canal inguinal et le cordon spermatique. Un facteur sous-jacent ou concourant à certaines hernies indirectes est la persistance de l'ouverture du canal péritonéo-vaginal. Le canal péritonéo-vaginal est un diverticule péritonéal situé dans la paroi abdominale antérieure inférieure de l'embryon. Ce canal, qui traverse le canal inguinal jusqu'au scrotum pour former les couches de tissus qui recouvriront les testicules, perd normalement sa connexion avec la cavité péritonéale et se referme après la naissance.

Les hernies inguinales directes ressortent directement d'une zone affaiblie de la paroi abdominale au milieu du canal inguinal. La distinction entre les hernies directes et indirectes présente peu d'importance si ce n'est qu'elle aide à comprendre les théories sur la formation des hernies inguinales.

Dans le cas d'une hernie inguinale par glissement, un organe (ou une partie d'organe), habituellement le colon ou la vessie, constitue la paroi postérieure du sac herniaire. Les chirurgiens constatent cette variation pendant l'intervention chirurgicale et modifient la cure en conséquence. Les hernies par glissement ne présentent aucune caractéristique particulière en ce qui concerne la causalité ou les conséquences sur la capacité de travail.

Environ 70 % des hernies abdominales externes sont inguinales, 15 % cicatricielles, 10 % ombilicales et épigastriques et 5 % fémorales. Les hernies inguinales sont beaucoup plus communes chez les hommes mais constituent néanmoins le type de hernie le plus fréquent chez les femmes. Les hernies fémorales et ombilicales sont plus communes chez les femmes. La prévalence des hernies inguinales, ombilicales et fémorales augmente avec l'âge.

Tableau clinique – Hernies de l'aîne

Les sujets qui présentent une hernie de l'aîne se plaignent habituellement d'une masse. Ils ressentent parfois un léger inconfort à la région de l'aîne. Une douleur prononcée est rare en l'absence de complications telle que l'incarcération ou l'étranglement. Une douleur prononcée peut indiquer une pathologie de l'aîne autre que la hernie.

Certains sujets constatent une masse ou un bosse dans l'aîne immédiatement après avoir soulevé une charge lourde, avoir fait un effort soudain et intense, avoir reçu un coup à l'aîne ou être tombé d'une hauteur considérable. Cependant, même après de tels traumatismes, certains sujets remarquent la masse plusieurs jours ou plusieurs semaines plus tard. En outre, comme la douleur est légère ou inexistante, ils attendent souvent avant de consulter un médecin. La plupart des sujets se plaignent d'une douleur d'apparition graduelle qu'ils ne peuvent relier à rien de particulier. Chez quelques sujets, la masse peut apparaître de façon intermittente et ne pas être présente au moment du premier examen médical. Pour confirmer la présence d'une hernie, il faut parfois effectuer des examens répétés.

Les médecins peuvent diagnostiquer une hernie inguinale ou fémorale par l'observation et la palpation de l'aîne. Les petites hernies peuvent ne pas être visibles, notamment chez les sujets obèses, mais elles sont presque toujours palpables. L'échographie permet de diagnostiquer les hernies occultes avec une grande précision mais cette technique est rarement nécessaire.

Hernies de l'aîne et lieux du travail

Efforts intenses et travaux manuels lourds

Comme elles apparaissent la plupart du temps sans antécédent d'accident ou d'effort brusque, il est difficile de dire avec certitude que les hernies résultent d'accidents uniques particuliers. Certains accidents, en raison de leur gravité et de l'apparition immédiate d'une hernie, en sont clairement la cause principale. Il y a aussi lieu de croire (1,2) qu'une activité prolongée et ardue peut contribuer à la hernie (3, 4). Dans une étude intersectorielle, Kang a observé une proportion plus élevée de hernies chez les travailleurs qui effectuent des travaux manuels lourds et ardu (5).

Environ 10 % des hommes de plus de 20 ans présentent un canal péritonéo-vaginal perméable, c'est-à-dire un sac congénital du péritoine dont le cordon spermatique passe par le canal inguinal pour atteindre le scrotum (6). Il est logique de conclure que cette population présente un risque plus élevé de hernie puisqu'un effort de modéré à intense et des travaux fatigants prolongés peuvent faire ressortir les organes abdominaux ou les tissus adipeux de ce sac ouvert. Si l'on accepte la prémisse selon laquelle un effort excessif et prolongé contribue à la formation de la hernie de l'aine, le mécanisme pathologique de ce type de hernie est probablement l'augmentation prolongée de la pression intra-abdominale. Ce concept n'a pas été clairement démontré mais s'appuie sur certains éléments de preuve. Certaines affections susceptibles d'accroître de façon prolongée la pression intra-abdominale, comme la dialyse péritonéale, le rétrécissement de l'urètre et la dérivation ventriculo-péritonéale, sont associées à une augmentation du risque de hernie inguinale (7, 8, 9).

L'étiologie des **hernies inguinales bilatérales** est la même que celle des hernies unilatérales. Jusqu'à un tiers des hommes qui ont eu une hernie unilatérale finissent par en avoir une autre sur le côté opposé. Les travailleurs qui ont eu une hernie en faisant des efforts, en soulevant une charge ou en effectuant un travail ardu prolongé subissent souvent une hernie sur le côté opposé quand ils recommencent à effectuer le même travail. Par contre, il est extrêmement rare que des hernies bilatérales apparaissent après une seule lésion.

Complications de la cure de hernie

La plupart des sujets retournent au travail de quatre à six semaines après la cure de hernie inguinale. Parmi les complications tardives d'une cure de hernie inguinale, notons la douleur persistante à l'aine ou aux testicules, l'orchite ischémique ainsi que l'atrophie des testicules. Ces complications sont peu fréquentes. Cependant, elles peuvent retarder le retour au travail et soulever des questions d'indemnisation. La douleur chronique à l'aine à la suite d'une cure de hernie ne résulte habituellement pas d'une récurrence. Les sujets souffrant d'une telle douleur manifestent peu ou pas de symptômes pertinents, et leurs symptômes tendent à être réfractaires au traitement conservateur et à la chirurgie.

Hernies cicatricielles (ventrales)

Environ 10 % des incisions abdominales donnent lieu à des hernies cicatricielles, surtout à la suite d'efforts excessifs et d'une mauvaise cicatrisation attribuable à une infection ou à d'autres facteurs. Au nombre des facteurs de risque, mentionnons : l'obésité, l'âge avancé, la malnutrition, l'ascite, la grossesse, la maladie pulmonaire chronique, le diabète et les affections augmentant la pression intra-abdominale. Les hernies cicatricielles contiennent habituellement un segment de l'intestin grêle et sont associées aux adhérences intra-abdominales résultant d'interventions

chirurgicales antérieures. Elles sont sujettes à l'incarcération, à l'occlusion intestinale et à l'étranglement. Le taux de récurrence après la cure de hernie cicatricielle est de 25 à 50 % (10). Ces hernies peuvent donc mener à des périodes successives d'invalidité et à une invalidité à long terme. Il est indirectement prouvé que certains facteurs professionnels causant l'augmentation prolongée de la pression intra-abdominale, comme les efforts excessifs et l'action de soulever des charges lourdes, contribuent à l'apparition des hernies cicatricielles.

Références

1. Mucciolo, RL. Godec, CJ. « Traumatic acute incarcerated scrotal hernia ». *J Trauma-Injury Infection & Critical Care* 28(5): 715-6, mai 1988.
2. Smith, GD. Crosby, DL. Lewis, PA. « Inguinal hernia and a single strenuous event » *Ann Royal Coll Surg Eng*, 78(4): 367-8, juillet 1996.
3. Carbonell, JF. Sanchez, JL. Peris, RT et coll. « Risk Factors associated with inguinal hernias: a case controlled study ». *Euro J Surg*, 159(9): 481-6, septembre 1993.
4. Flich, J. Alfonso, JL. Delgado, F. Prado, MJ. Cortina, P. « Inguinal hernia and certain risk factors ». *Euro J Epidemiology*, 8(2): 277-82, mars 1992.
5. Kang, SK, Burnett, CA. Freund, E. Sestito, J. « Hernia: is it a work-related condition? » *Amer J Industrial Med*, 36(6): 638-44, décembre 1999.
6. Van Wesseem, KJ. Simmons, MP. Plaisier, PW. Lange, JF. « The etiology of inguinal hernias : anogenital and/or acquired? » *Hernia*, 8(1) : 16-7, février 2004.
7. Wetherington, GM. Leapman, SB. Robison, RJ. Filo, RS. « Abdominal wall and inguinal hernias in continuous ambulatory peritoneal dialysis subjects ». *Am J Surg*, 150(3) : 357-60, septembre 1985.
8. Lodding, P. Bergdahl, C. Nyberg, et coll. « Inguinal hernia after radical retropubic prostatectomy for prostate cancer: a study of incidence and risk factors in comparison to no operation and lymphadenectomy ». *J Urol*, 166(3): 964-7, septembre 2001.
9. Celik A, Ergun O, Arda MS. « The incidence of inguinal complications after ventriculoperitoneal shunt for hydrocephalus ». *Child Nervous System*, 21(1): 44-7, janvier 2005.
10. Anthony T, Bergen PC, Kim LT, et coll. « Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy ». *World J Surg*, 24: 95-100, 2000