

Concepts thérapeutiques en mutation

Hernies de la région inguinale chez la femme

Dr méd. Duri Gianom^a, Dr méd. Sara Canovi^a, Dr méd. Michel Conti^b

^a Clinica Luganese Moncucco, Centro di Competenza di Chirurgia, Lugano; ^b Spital Oberengadin, Klinik für Chirurgie und Traumatologie, Samedan

La hernie de la région inguinale chez la femme présente des caractéristiques nettement différentes de celles que nous connaissons chez l'homme. Se contenter d'appliquer chez la femme les concepts thérapeutiques employés chez l'homme n'est pas approprié. Les concepts thérapeutiques sont en mutation, car des études randomisées prospectives spécifiques au sexe féminin utilisant comme critères cibles les taux de complications et de récurrences, les douleurs inguinales chroniques, le confort du patient et l'économicité sont encore défaut.

Introduction

D'une manière générale, peu d'attention est accordée aux différences entre les sexes dans les études, et c'est également le cas dans les études sur les hernies [1]. Nos connaissances au sujet des hernies de la région inguinale chez la femme proviennent en majeure partie de registres de données nationaux et se basent avant tout sur les données collectées chez les hommes, car seules environ 9% de toutes les opérations de hernies sont réalisées chez des femmes. Les études restreintes au sexe féminin sont généralement petites; il n'existe pas d'études randomisées et de méta-analyses et seul un article de revue est disponible [2]. Parmi les lignes directrices existantes [3–7], seules celles du «HerniaSurge Group» [4] abordent de façon plus détaillée les différences entre les sexes [8]. Les recommandations du «HerniaSurge Group» ont un niveau de preuve («Level of Evidence» [LoE]: «high», «moderate», «low», «very low») d'au maximum «moderate» [4]. Une enquête réalisée auprès de 822 chirurgiens herniaires au sujet de l'acceptation («Level of Consensus» [LoC]) des lignes directrices du «HerniaSurge Group» a révélé une approbation générale de 87% [9].

Les opérations des hernies chez la femme sont considérées comme peu exigeantes [10, 11]. Le plus souvent, les concepts thérapeutiques employés chez l'homme sont appliqués à la femme. De nouvelles données démontrent toutefois des différences entre les sexes, qui remettent en question cette approche [12].

Anatomie de la région inguinale et risque de formation de hernies

Dans la région inguinale, la paroi abdominale est dépourvue de muscles et représente un point faible anatomique. En 1956, Henri Fruchaud a décrit l'orifice myopectinal (OMP) comme le point de départ de toutes les hernies (hernie inguinale [HI] indirecte, HI directe et hernie fémorale [HF]) de la région inguinale (fig. 1) [13].

Les personnes présentant des hernies ont globalement un OMP plus grand que les personnes sans hernies [14]. L'OMP est plus grand chez les hommes que chez les femmes [15]. Les femmes ont un muscle droit de l'abdomen significativement plus large que les hommes [16]. La solide aponévrose du muscle oblique externe recouvre intégralement l'OMP et de ce fait, les femmes ne présentent pas d'anneau inguinal superficiel. D'un point de vue purement anatomique, les femmes présentent ainsi une aine globalement plus solide que les

Abréviations:

HF	Hernie fémorale
HI	Hernie inguinale
LoC	«Level of Consensus»
LoE	«Level of Evidence»
OMP	Orifice myopectinal
TAPP	Hernioplastie avec filet par voie trans-abdomino-préperitonéale
TEP	Hernioplastie avec filet par voie totalement extrapéritonéale
TIPP	Hernioplastie avec filet par voie transinguinale préperitonéale



Duri Gianom

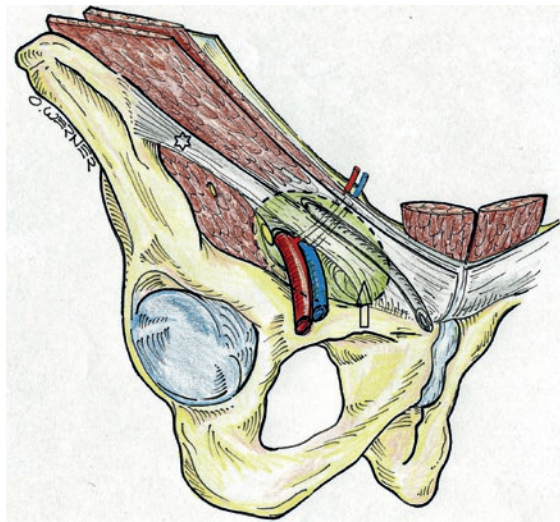


Figure 1: Orifice myopectinal de Fruchaud (flèche) (© Dr Othmar Werner, Narcotop Anästhesie, Rapperswil; reproduction avec l'aimable autorisation de l'auteur). Zone dépourvue de muscles dans la région inguinale, qui est le point de départ de toutes les différentes formes de hernies dans la région inguinale. L'orifice myopectinal (OMP) est extrêmement important pour des raisons chirurgicales-pratiques. La visualisation et le recouvrement de tout l'OMP au moyen d'un filet plat en matière synthétique représentent la base de la hernioplastie par voie trans-abdomino-préperitonéale (TAPP) et de la hernioplastie par voie totalement extrapéritonéale (TEP). Pour les techniques opératoires antérieures (Lichtenstein, Shouldice), seules les zones de faiblesse au-dessus du ligament inguinal (étoile) sont renforcées.

hommes [17–19]. Ces différences anatomiques à elles seules n'expliquent cependant pas totalement la divergence entre les sexes au niveau du risque vie entière de développer une hernie, qui s'élève à 3–6% chez les femmes et à 20–42% chez les hommes [2]. Les autres causes ne sont pas encore connues dans le détail [20]. Les accouchements ne constituent pas un facteur de risque de hernie primaire [20, 21]. L'activité physique semble avoir un effet protecteur sur la formation de hernies chez les femmes [21]. Le tabagisme joue avant tout un rôle dans la survenue de récurrences [20, 23]. Les antécédents familiaux positifs représentent un facteur de risque, ce qui suggère une cause génétique complexe encore inconnue [20]. Les troubles du métabolisme du collagène, qui sont avant tout tenus responsables des hernies médianes, ont été bien étudiés [24, 25].

Epidémiologie des hernies de la région inguinale

Dans l'ensemble, 97% des opérations pour hernies de la région inguinale concernent des HI et 3% concernent des HF [26, 27]. Par ailleurs, 9% de toutes les opérations sont réalisées chez des femmes, contre 91% chez des hommes [12, 22, 28]. Les HI se retrouvent à 9% chez des

femmes et à 91% chez des hommes, tandis que les HF se retrouvent à 68,5% chez des femmes et à 31,5% chez des hommes [12, 22]. Les femmes font l'objet d'une opération élective dans 88% des cas et d'une opération en urgence dans 12% des cas; les hommes font l'objet d'une opération élective dans 96,5% des cas et d'une opération en urgence dans 3,5% des cas. En situation élective, les hernies primaires sont des HI dans 78% des cas et des HF dans 22% des cas chez les femmes, tandis que ces proportions s'élèvent respectivement à 98% et 2% chez les hommes (cf. tab. S1 dans l'annexe en ligne de l'article) [29]. Les femmes présentent avant tout des HI indirectes (56–73%) [12, 22, 29–32]. En situation d'urgence, 50% des hernies sont des HI et 50% sont des HF chez les femmes; ces proportions sont respectivement de 94% et 5,5% chez les hommes. Le risque de chirurgie herniaire augmente avec l'âge. Dans le registre Hernia-med, 70% des hernies ont uniquement été opérées chez des femmes de plus de 50 ans [33]. Le pic de prévalence spécifique à l'âge pour une opération de HI s'observe à l'âge de 75–80 ans pour les deux sexes; pour une opération de HF, il s'observe à l'âge de 80–90 ans [31].

Situations d'urgence

La survenue d'une situation d'urgence relève du destin et est difficile à prédire. Un orifice herniaire de moins de 3 cm constitue un facteur de risque de situation d'urgence [30]. Le risque d'opération en urgence s'élève à 12% chez les femmes et à 3,5% chez les hommes (cf. tab. S1 dans l'annexe joint à l'article en ligne) [2, 12, 30, 34]. Dans les situations d'urgence, les femmes sont en moyenne plus âgées de 14 ans et les hommes sont en moyenne plus âgés de 8,6 ans par rapport aux opérations électives [12]. Dans les deux sexes, les patients sont plus malades que lors des interventions électives. Tandis qu'un score ASA («American Society of Anesthesiologists») de 3–5 est présent dans 8% des cas pour les interventions électives, cette proportion augmente à 29% chez les femmes et à 28% chez les hommes pour les interventions en urgence [12]. Les urgences avec atteinte intestinale sont trois fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes [30, 34, 35]; une résection intestinale est nécessaire chez 0,3–16% des femmes et chez 0,3–5,6% des hommes [30, 34]. Alors que les décès dans le cadre de la prise en charge élective de hernies sont très rares (0,1%), le risque atteint jusqu'à 10,9% chez les femmes et 13,1% chez les hommes en cas d'atteinte intestinale [34, 35]. En raison du risque accru d'opération en urgence, l'opération ne devrait pas être repoussée inutilement après la pose du diagnostic chez la femme, même en cas de symptômes mineurs. L'approche de «watchful waiting», qui est

considérée comme sûre chez les hommes [36] en cas de hernies peu symptomatiques, n'est pas recommandée chez les femmes (LoE: «moderate») [4].

Hernie fémorale

D'une manière générale, seules 3% des chirurgies herniaires concernent une HF [23, 27]. Pour la HF, la répartition femmes/hommes est de 68,5%/31,5% [12, 22]. Bien que la HI prédomine également dans l'ensemble chez les femmes [19], une HF est retrouvée dans 22% des cas en situation électorique et dans 50% des cas en situation d'urgence, contre seulement 2 et 5,5% des cas chez les hommes (cf. tab. S1 dans l'annexe joint à l'article en ligne) [12, 33]. Chez la femme, il convient par conséquent toujours d'envisager une HF en cas de tuméfaction dans la région inguinale (LoE: «moderate») [4]. Etant donné que les HF sont souvent petites et oligosymptomatiques, le diagnostic préopératoire, y compris avec recours à l'imagerie, est compliqué. Dans une étude britannique, 81,5% des patients, dont 78% de femmes, avaient présenté de premiers symptômes de HF uniquement sept jours avant l'opération en urgence [37]. Le risque accru d'opération en urgence et de résection intestinale chez les femmes est avant tout imputable à la HF [27]. Une opération électorique rapide est dès lors recommandée après la pose du diagnostic (LoE: «low») [4, 27].

Diagnostic préopératoire

En cas de tuméfaction visible dans la région inguinale, le diagnostic de hernie ne pose pas de difficultés et les patients peuvent directement bénéficier du traitement correspondant (LoE: «low»; LoC: 94%) [4, 9]. La distinction clinique entre HI et HF peut se révéler complexe, avant tout chez les femmes obèses. L'exploration de l'anneau inguinal superficiel avec le doigt, qui est courante chez les hommes, est impossible chez les femmes, car il fait défaut [17, 38]. En raison d'un taux de hernies non palpables («hernies occultes») de 8–30% [17, 38] et de la probabilité élevée de HF chez la femme, le «HerniaSurge Group» recommande, outre l'examen clinique, l'échographie comme examen de premier choix. La tomographie par densité (TDM) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec manœuvre de Valsalva sont envisagées en cas d'échographie négative ou non concluante (LoE: «low») [4, 39]. En cas de planification d'une hernioplastie avec filet par voie trans-abdomino-préopératoire (TAPP) ou d'une hernioplastie avec filet par voie totalement extrapéritonéale (TEP), il est possible de se passer d'un examen radiologique préopératoire dans la mesure où tous les orifices her-

niaires potentiels sont de toute façon inspectés avec ces deux techniques [8, 40].

Diagnostics différentiels

Chez les femmes, les diagnostics différentiels potentiels incluent les lipomes du ligament rond, les kystes du ligament rond (synonymes: hydrocèle du canal de Nuck, kyste du canal de Nuck) [41], les hernies du ligament de Gimbernat (kyste au sein du canal fémoral) [41], les foyers d'endométriectose le long du ligament rond [42], les hernies ovariennes, les kystes de Bartholin, les tumeurs (avant tout lymphomes), les anévrismes (le plus souvent pseudo-anévrismes de l'artère fémorale après ponction) et les ganglions de la hanche. En règle générale, une délimitation du diagnostic différentiel est en première ligne possible au moyen de l'échographie, et en deuxième ligne au moyen de la TDM ou de l'IRM.

Hernie de la région inguinale durant la grossesse

Les opérations durant la grossesse doivent faire l'objet d'une pose particulièrement stricte de l'indication. La survenue d'une hernie primaire durant la grossesse est rare et ne constitue guère une indication opératoire. Une revue systématique a montré que les hernies ombilicales posaient avant tout problème durant la grossesse [43, 44]. Dans une étude conduite chez 20 714 femmes enceintes, seules 25 (0,12%) présentaient une hernie de la région inguinale. Dans aucun des cas, une chirurgie électorique ou en urgence n'a été nécessaire. Tous les accouchements se sont déroulés sans complications. Chez dix femmes, la hernie a disparu après la grossesse [45]. La dilatation des veines le long du ligament rond («varices du ligament rond») est un diagnostic différentiel peu connu de la vraie hernie durant la grossesse (LoE: «low») [4]. L'échographie Doppler à codage couleur permet de clarifier cette question [46–48]. Cette congestion des veines le long du ligament rond, qui résulte des modifications physiologiques liées à la grossesse, est réversible dans 93% des cas et elle explique la «disparition de la hernie» en moyenne quatre semaines après l'accouchement [47]. Tous les auteurs, y compris ceux des lignes directrices, recommandent une stratégie de «watchful waiting», avec une opération correspondante en post-partum si le diagnostic de hernie se confirme (LoE: «low») [4, 50, 51].

Traitement des hernies de la région inguinale chez la femme

En tant qu'interventions de chirurgie générale les plus fréquentes à l'échelle mondiale, les opérations de hernies re-

Tableau 1: Groupes de procédés chirurgicaux qui existent actuellement pour les hernies de la région inguinale. Pour les procédés avec filet, en fonction du positionnement du filet par rapport à la hernie, la distinction est faite entre les procédés antérieurs et les procédés postérieurs (cf. fig. 2).

Procédés avec suture («tissue repair»)		Procédés avec filet («mesh repair»)	
Chirurgie ouverte	Chirurgie ouverte, antérieure	Chirurgie ouverte, postérieure	Chirurgie laparoscopique/endoscopique, postérieure
– Shouldice – Barwell – Lotheissen-McVay	– Lichtenstein	– Stoppa – Hernioplastie par voie trans-inguinale prépéritonéale (TIPP)	– Hernioplastie par voie trans-abdomino-prépéritonéale (TAPP) – Hernioplastie par voie totalement extrapéritonéale (TEP)

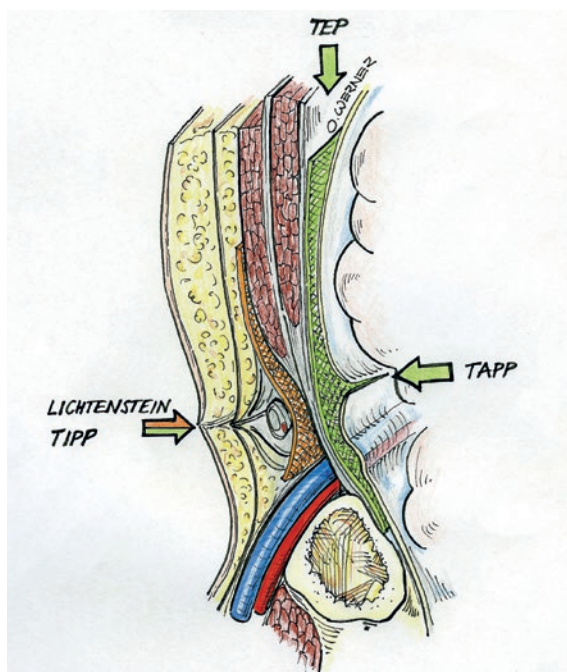


Figure 2: Coupe sagittale à hauteur du canal inguinal avec représentation des trois voies d'abord pour les procédés avec filet (transinguinale, prépéritonéale, transpéritonéale) et de la localisation topographique des filets en matière synthétique. © Dr Othmar Werner, Narcotop Anästhesie, Rapperswil; reproduction avec l'aimable autorisation de l'auteur.

vêtent une grande importance médicale et socio-économique. Une tendance en faveur des procédés avec filet et de la TAPP ou de la TEP s'observe à l'échelle internationale pour les opérations de hernies et se reflète également dans les lignes directrices [4, 9, 28, 52]. Le choix de la technique chirurgicale ne repose pas uniquement sur des considérations médicales. D'une part, il y a un affrontement entre le camp des «chirurgiens conventionnels» et celui des «chirurgiens laparoscopiques», qui placent leur technique à l'avant-plan de façon parfois dogmatique. D'autre part, la règle «l'ambulatoire avant le stationnaire» imposée par les autorités conduit à une limitation du spectre des méthodes, car une TAPP ou une TEP peut uniquement être réalisée en ambulatoire dans certains cas.

Les différents groupes de procédés chirurgicaux qui existent actuellement pour les hernies de la région inguinale sont résumés dans le tableau 1. La distinction

est faite entre les procédés avec suture («tissue repair») et les procédés avec filet («mesh repair»). En fonction du positionnement du filet par rapport à la hernie, on distingue en outre les procédés antérieurs et les procédés postérieurs (fig. 2).

Les lignes directrices du «HerniaSurge Group» recommandent, en cas d'expertise correspondante, d'opérer la hernie unilatérale et bilatérale primaire de la région inguinale chez la femme en ayant recours à la TAPP ou à la TEP (LoE: «moderate»; LoC: 77%) [4, 9]. Cette recommandation repose avant tout sur le risque accru de ré-opérations et de syndromes douloureux chroniques post-opératoires après les opérations antérieures. En outre, il convient de tenir compte de l'incidence accrue de la HF chez la femme et du fait que les récurrences de HF ne surviennent pratiquement qu'après les opérations antérieures [23]. L'avantage incontesté de la TAPP ou de la TEP réside dans l'excellente possibilité d'évaluer visuellement tous les orifices herniaires potentiels et dans la possibilité de renforcer l'ensemble de l'OMP, ce qui n'est pas possible avec les techniques chirurgicales antérieures (LoE: «low») [4, 27, 28]. Pour les récurrences, la TAPP ou la TEP est recommandée en cas d'abord antérieur initial (technique de Lichtenstein, technique de Shouldice) (LoE: moderate; LoC: 91%) [4, 9]. Après un abord postérieur initial (TAPP, TEP), une opération antérieure est recommandée (LoE: «moderate»; LoC: 88%) [4, 9].

Cette recommandation est incontestée en présence d'une HF ou en cas de suspicion d'une HF. Les opinions divergent néanmoins quant à la nécessité d'une TAPP ou d'une TEP dans tous les cas de hernies chez la femme. Les «chirurgiens conventionnels» argumentent que les HI indirectes, qui sont associées à un faible risque de récurrence et représentent la majeure partie des HI chez la femme (56–73%), peuvent être traitées efficacement au moyen d'une réparation avec suture (technique de Shouldice) et qu'un filet est uniquement nécessaire en cas de HI directe ou de HF [32, 53, 54].

La technique de Lichtenstein est simple à mettre en œuvre chez la femme et elle n'est pas associée à des résultats sensiblement plus mauvais que la TAPP ou la TEP [29, 55]. Cette technique implique néanmoins un risque accru de troubles inguinaux chroniques

(troubles sensitifs, filet palpable), raison pour laquelle un recours prudent à la technique de Lichtenstein est recommandé chez les femmes [8, 52].

En revanche, il y a consensus quant au fait qu'une HF synchrone doit dans tous les cas être exclue en intra-opératoire en cas de technique opératoire antérieure [4]. En cas de mise en évidence intra-opératoire d'une HF, une hernioplastie avec filet par voie préperitonéale (hernioplastie avec filet par voie transinguinale préperitonéale [TIPP]) doit être mise en œuvre [8, 52, 56, 57].

En résumé, les chirurgiens doivent disposer du spectre complet des méthodes chirurgicales (LoE: «very low»; LoC 91%) [4, 9] pour pouvoir proposer une opération sur-mesure («tailored approach») (LoE: «very low»; LoC: 96%) [4, 9].

Gestion du ligament rond

La préservation du canal déférent et des vaisseaux du cordon spermatique est l'une des priorités lors des opérations de hernies chez l'homme. La gestion du ligament rond chez la femme est moins claire. Le ligament rond et les branches du rameau génital du nerf génito-fémoral et du nerf ilio-inguinal sont étroitement liés dans le canal inguinal. Une section de ces nerfs peut être à l'origine de troubles sensitifs incommodants dans la région de l'aîne et de la lèvre vaginale ipsilatérale. En cas d'opération antérieure ouverte, le «Hernia-Surge Group» recommande de préserver le ligament rond. En cas de TAPP ou de TEP, le ligament peut être sectionné, mais proximale à l'entrée dans l'anneau inguinal profond afin de préserver le rameau génital du nerf génito-fémoral (LoE: «very low») [4].

Correspondance:
Dr méd. Duri Gianom
Centro di Competenza
di Chirurgia
Clinica Luganese Moncucco
CH-6900 Lugano
Duri.Gianom[at]
moncucco.ch

L'essentiel pour la pratique

- Les femmes présentent plus souvent des hernies fémorales et ont un risque accru d'opération en urgence par rapport aux hommes.
- L'application chez les femmes des concepts thérapeutiques employés chez les hommes n'est pas recommandée.
- Chez la femme, l'opération ne devrait pas être repoussée après la pose du diagnostic.
- L'approche de «watchful waiting», qui est considérée comme sûre chez les hommes en cas de hernies peu symptomatiques, n'est pas recommandée chez les femmes.
- Les chirurgiens doivent disposer du spectre complet des méthodes chirurgicales pour pouvoir proposer un traitement chirurgical individualisé («tailored approach»).
- Les lignes directrices recommandent la hernioplastie avec filet par voie trans-abdomino-préperitonéale (TAPP) ou la hernioplastie avec filet par voie totalement extraperitonéale (TEP) comme méthode de premier choix.

Résultats post-opératoires

Les complications intra-opératoires et post-opératoires, les taux de récurrences et le taux de troubles inguinaux chroniques sont les principaux indicateurs de qualité médicaux dans la chirurgie herniaire. Les opérations de hernies sont généralement associées à peu de complications. Dans le registre Herniamed, 99% des opérations primaires et 98,7% des opérations de récurrences chez les femmes se sont déroulées sans complications [33].

Concernant les taux de récurrences, les données doivent être interprétées avec prudence. Dans les registres des hernies néerlandais, danois et suédois, les ré-opérations sont généralement assimilées à des récurrences. Cette simplification peut néanmoins être trompeuse et elle sous-représente le taux de récurrences, car les données du registre allemand Herniamed montrent qu'environ la moitié des récurrences ne sont pas opérées [33]. Des ré-opérations étaient nécessaires chez 5,2% des femmes et chez 6,2% des hommes (cf. tab. S1 dans l'annexe joint à l'article en ligne). Chez les femmes, les ré-opérations concernaient des HI dans 50,2% des cas et des HF dans 43,4% des cas; chez les hommes, ces proportions s'élevaient respectivement à 90 et 5,3% (cf. tab. S1 dans l'annexe en ligne de l'article). Dans l'étude menée par Schmidt et al., qui a utilisé la TAPP ou la TEP comme référence, les opérations antérieures ouvertes étaient associées à un risque relatif de ré-opération de 2,47 (IC à 95% 1,99–3,04) [31]. D'autres études montrent également un risque accru de ré-opération chez les femmes après les opérations antérieures [12, 34, 58, 59].

Concernant les douleurs aiguës et chroniques, il faut généralement s'attendre à un résultat thérapeutique plus mauvais chez les femmes que chez les hommes [2, 52, 54]. Dans une analyse de 15 601 opérations chez des femmes, la technique de Lichtenstein était associée à un risque significatif de complications et de ré-opérations liées à des complications, de récurrences et de douleurs à l'effort par rapport à la TAPP ou à la TEP et par rapport à la réparation herniaire avec suture (technique de Shouldice). Köckerling et al. recommandent dès lors la TAPP ou la TEP et, si une HF est exclue avec certitude, la technique de Shouldice chez les femmes [52].

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2021.08802>.

L'annexe est disponible en tant que document séparé sur: <https://doi.org/10.4414/fms.2021.08802>.