

Hernie inguino-fémorale chez les femmes: spécificités de prise en charge

Dre ALEXINA LEGROS-LEFEUVRE^a, Pre CAROLE CLAIR^a, Dre JOËLLE SCHWARZ^a, Prs MARKUS SCHÄFER^b, NICOLAS DEMARTINES^b et Dre STYLIANI MANTZIARI^b

Rev Med Suisse 2020; 16: 1305-9

Chez les femmes, la hernie du pli de l'aine est une entité dont les manifestations cliniques peuvent être subtiles, majorant son risque de passer inaperçue. Un bilan d'imagerie, par échographie, voire scanner ou imagerie par résonance magnétique dynamique, est fortement conseillé en cas de doute clinique. Le traitement optimal consiste en une chirurgie par abord laparoscopique, même chez les patientes oligosymptomatiques, car le risque d'incarcération et de morbidité est élevé, surtout en cas de hernie fémorale, fréquente et souvent méconnue chez les femmes. Durant la grossesse, le risque de développer une hernie de l'aine est très faible (de l'ordre de 0,1%) et une attitude attentiste est à privilégier au maximum, sauf en cas de complication aiguë (incarcération).

Groin hernia in female patients: sex-specific management

Groin hernia in women is an entity whose clinical manifestations can be quite subtle, and which therefore risks to go unnoticed. Imaging studies by ultrasound or dynamic CT/MRI is strongly recommended in case of a clinical doubt. Optimal treatment consists of laparoscopic surgery, even in oligosymptomatic patients, because the risk of incarceration, and subsequent morbidity and mortality is high especially in cases of femoral hernia, which are frequent and often overlooked in women. During pregnancy, the risk of developing a groin hernia is very low (around 0,1%) and a wait-and-see attitude is to be preferred as much as possible, except in the case of an acute complication (incarceration).

INTRODUCTION

En 2016, 25 256 interventions de hernie inguinale/crutale ont été réalisées en Suisse¹ et plus de 20 millions de procédures sont effectuées annuellement au niveau mondial.² Globalement, le risque estimé de développer une hernie inguinale est de 27 à 42% chez les hommes vs 3 à 6% chez les femmes.³ Du fait d'une prévalence plus faible, ainsi que d'une sous-représentation du sexe féminin dans les études, les spécificités de la hernie inguinale chez les femmes ont longtemps été négligées, menant à des retards diagnostiques et thérapeutiques.

^aUnité médecine et genre, Département formation, recherche et innovation, Unisanté, Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne, ^bService de chirurgie viscérale, Département de chirurgie et d'anesthésiologie, CHUV, 1011 Lausanne alexina.legros@unisante.ch | carole.clair@unisante.ch joelle.schwarz@unisante.ch | markus.schafer@chuv.ch demartines@chuv.ch | styliani.mantziari@chuv.ch

Cet article présente les spécificités de prise en charge des hernies de l'aine chez les femmes, résumées en 10 points clés utiles pour tout professionnel de santé impliqué dans cette prise en charge. L'objectif est de sensibiliser les soignant-e-s à ces traits spécifiques et d'améliorer la prise en charge des patientes.

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. L'anatomie du pli inguinal est différente entre les deux sexes.

VRAI. En préambule, rappelons que les hernies de l'aine se répartissent en deux entités:

- Les hernies inguinales, dont l'origine se situe au-dessus du ligament inguinal.
- Les hernies fémorales, ou crurales, qui émergent de l'orifice fémoral, sous le ligament inguinal.

Sur le plan anatomique, les femmes présentent un anneau pelvien, et par conséquent un orifice fémoral et obturateur plus large que les hommes.⁴

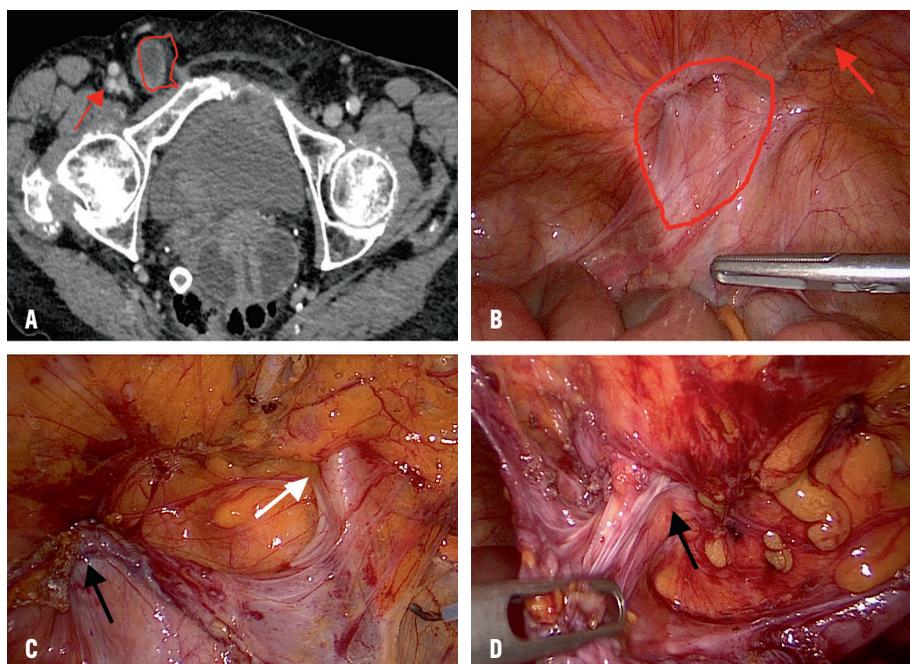
Alors que chez les hommes, le canal inguinal contient les éléments du cordon spermatique (canal déférent, artère et plexus veineux spermatique), chez les femmes on y retrouve seulement le ligament rond de l'utérus («suspenseur de l'utérus») (figure 1).

Lors d'une récente revue systématique de la littérature, aucun facteur de risque spécifique aux femmes pour le développement d'une hernie inguinale n'a été mis en évidence.³

Si la lésion des éléments du cordon chez les hommes a des conséquences bien précises (nécrose ischémique testiculaire, hypofertilité), les séquelles de la section du ligament rond chez les femmes sont moins bien connues. Les recommandations actuelles internationales (HerniaSurge Group 2018) préconisent l'épargne du ligament rond lorsque cela est possible, surtout par voie antérieure, en raison de sa proximité très étroite avec le nerf génito-fémoral (nerf sensitif des organes génitaux externes).⁵ Néanmoins, d'après une enquête récente parmi des chirurgiens de paroi, 49% d'entre eux sectionnent le ligament rond systématiquement ou au besoin.⁶ Même si aucune étude spécifique n'existe sur les séquelles fonctionnelles, la plupart des chirurgiens «pensent» (25%) ou sont «certains» (26%) que la transsection du ligament n'a

FIG 1 Hernie inguinale droite (directe) opérée par laparoscopie (TAPP)

Cas clinique (CHUV) : patiente de 92 ans avec une hernie inguinale droite étranglée, se présentant avec un tableau d'iléus avec incarceration de l'intestin grêle (A). L'intestin a été réduit sans résection nécessaire, et une hernie inguinale directe (**cercle rouge**, a et b) a été confirmée (B), médialement aux vaisseaux épigastriques (flèche **rouge**, A et B). Le sac herniaire incarceré a été réduit (flèche **noire**, C, D), avec visualisation du ligament rond de l'utérus (flèche **blanche**, C) qui a été respecté. Une cure par laparoscopie avec filet (TAPP) a été réalisée. La patiente a rapidement récupéré et a pu rentrer à son domicile 1 semaine après l'intervention. TAPP: transabdominale préperitonéale.



pas de conséquences.⁶ Cependant, ce ligament semble maintenir l'antéflexion de l'utérus, et a même été utilisé dans le traitement chirurgical du prolapsus uréthro-vaginal.⁶ Sa section pourrait donc entraîner une rétroflexion utérine, elle-même liée à des problèmes fonctionnels tels que dyspareunie, dysménorrhée ou prolapsus utérin.⁷

2. La hernie crurale est plus fréquente chez les femmes.

VRAI. Les hernies fémorales (ou crurales) représentent 2 à 4% de toutes les hernies de l'aîne opérées; elles sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes (24 à 37% vs 3% chez les hommes).^{5,8} Cela est lié à l'orifice fémoral plus large, comme décrit ci-dessus.

MANIFESTATIONS CLINIQUES, CONDUITE À TENIR

3. L'absence de voussure peut exclure une hernie de l'aîne chez la femme.

FAUX. À l'examen clinique, il est important de rechercher une protrusion lors de l'épreuve de Valsalva et/ou en position debout, en regard de l'épine pubienne (orifice inguinal superficiel), le long du canal inguinal (plancher inguinal) et sous le ligament inguinal (orifice fémoral). Néanmoins, le diagnostic clinique d'une hernie *fémorale* (ou *obturatrice*) peut être très

difficile, voire impossible, surtout en cas d'obésité. Si l'échographie, premier examen de débrouillage, n'est pas contributive, un scanner ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) dynamique (sous Valsalva) sont recommandés.⁵ Dans tous les cas, le seuil d'imagerie doit être bas chez les femmes, au vu du réel risque de sous-diagnostic des hernies de l'aîne et de leur requalification en douleurs pelviennes chroniques.⁹

4. L'absence de hernie clinique ou radiologique chez une femme avec douleurs inguinales doit pousser principalement vers une exploration chirurgicale.

FAUX. En l'absence de hernie clinique ou radiologique, un *large diagnostic différentiel* doit être évoqué, au niveau de la sphère digestive, urogénitale ou orthopédique (**tableau 1**).¹⁰ En dernier recours, en cas de douleurs persistantes d'origine indéterminée, une exploration laparoscopique peut être proposée, surtout s'il s'agit de douleurs postopératoires. Le geste chirurgical doit, néanmoins, être bien évalué entre le bénéfice diagnostique et le risque chirurgical.

5. Une stratégie *watch and wait* peut être recommandée chez une femme oligosymptomatique d'une hernie de l'aîne.

FAUX. Alors qu'une attitude attentiste peut être retenue chez les hommes en cas de hernie asymptomatique ou paucisymptomatique de longue date, cela n'est pas recommandé chez les

TABLEAU 1 Synthèse de la prise en charge d'une suspicion de hernie du pli de l'aine chez une femme (CHUV)^{5,10}

^a À l'exception de la femme enceinte, où une attitude expectative est privilégiée (sauf si hernie incarcerated)

CT: scanner; IRM: imagerie par résonance magnétique; TAPP: transabdominal préperitonéal; TEP: totalement extraperitonéal.

Clinique			
Douleur inguino-fémorale			
Voussure clinique		Pas de voussure	
Diagnostic			
Examen clinique et échographie		Échographie ou CT/IRM dynamique	
Hernie inguinale ou fémorale	Pas de hernie	Hernie inguinale ou fémorale	Pas de hernie
Évaluation des comorbidités, éventuelle grossesse en cours	<ul style="list-style-type: none"> • Si nécessaire CT/IRM dynamique • Diagnostic différentiel: <ul style="list-style-type: none"> a) adénopathie b) veines variqueuses du ligament rond c) tumeur des tissus mous du ligament rond d) nodule d'endométriose 	Évaluation des comorbidités, éventuelle grossesse en cours	Diagnostic différentiel: <ul style="list-style-type: none"> a) étiologie <i>digestive</i>: diverticulite, appendicite b) étiologie <i>gynécologique</i>: endométriose pelvienne, maladie inflammatoire du pelvis, grossesse ectopique c) étiologie <i>urinaire</i>: lithiase urétérale d) étiologie <i>orthopédique</i>: pubalgie du sportif, insertionite des adducteurs, atteinte de la hanche, radiculopathie lombaire e) <i>douleurs postopératoires</i> en cas de chirurgie préalable de hernie homolatérale
Traitement			
Chirurgie ^a		Chirurgie ^a	

Abord laparoscopique (TEP, TAPP), *sauf contre-indication majeure* (par exemple: pathologie cardiopulmonaire sévère contre-indiquant le pneumopéritoine, multiples antécédents de chirurgie abdominale/gynécologique avec pelvis inaccessible)

femmes au vu du risque augmenté d'étranglement (surtout en cas de hernie fémorale).⁵

6. Les hernies inguinales sont fréquentes lors de la grossesse.

FAUX. Dans une récente série de plus de 20 000 patientes en cours de grossesse, un taux très faible de hernie de l'aine a été rapporté (0,12%), sans aucune intervention élective ou en urgence durant la grossesse, ni fausses couches ou complications fœtales associées à la hernie.¹¹ Quatre ans après l'accouchement, seulement 0,02% de ces patientes ont présenté une hernie de l'aine symptomatique.¹¹ À noter qu'une tuméfaction inguinale lors de la grossesse peut correspondre à des veines variqueuses du ligament rond, spontanément résolutive dans les 4 semaines après l'accouchement.^{5,12} Ainsi, une imagerie est obligatoire avant toute prise en charge d'une voussure inguinale chez la femme enceinte.

En cas de hernie symptomatique mais réductible durant la grossesse, l'attitude attentiste est à privilégier si possible, surtout au premier et troisième trimestres, contrairement à la sanction chirurgicale très proactive proposée à la population féminine générale.⁵ Il n'existe actuellement pas de littérature concernant les résultats d'une réparation simultanée d'une hernie inguino-fémorale lors d'une césarienne; dans notre pratique au CHUV, le geste simultané est de préférence évité, sauf en cas d'urgence.

STRATÉGIE CHIRURGICALE

4. Comme approche chirurgicale de choix, la laparoscopie est supérieure par rapport à l'abord direct chez les femmes.

VRAI. L'abord laparoscopique (extraperitonéal (TEP) ou transpéritonéal (TAPP)) permet une exploration systématique de l'orifice fémoral lors de l'opération. Il est donc clairement recommandé de privilégier cette approche chez les femmes, tant pour les hernies primaires que récidivantes.⁵ Les hernies fémorales étant surreprésentées dans cette population, une exploration systématique du canal fémoral est recommandée même par voie ouverte, surtout en l'absence d'imagerie préopératoire.⁸ Une récente étude de registre sur plus de 15 600 patientes identifie un risque significativement plus élevé de complications postopératoires, de réopération, de récurrence herniaire et de douleurs chroniques postopératoires après une chirurgie ouverte (Lichtenstein), contrairement à la laparoscopie (TEP ou TAPP).¹³ Dans notre établissement, l'abord laparoscopique est la technique de choix, dans le contexte électif mais aussi urgent lorsque l'état clinique de la patiente le permet (**figure 1**).

RÉSULTATS DE LA CHIRURGIE

8. Une hernie du pli de l'aine peut entraîner plus de morbidité et mortalité chez les femmes.

VRAI. Dans l'ensemble, les femmes présentent un tableau clinique urgent de hernie de l'aine 3 à 4 fois plus fréquemment que les hommes,¹⁴ avec jusqu'à 25% des femmes opérées en urgence de cette pathologie.⁵ Cela est d'autant plus vrai pour les hernies fémorales, où le risque d'incarcération chez les femmes, notamment d'âge gériatrique, est de 40 vs 28% chez les hommes.¹⁵ La mortalité lors de procédure élective ne présente pas de distinction de sexe (< 0,1%), en revanche en urgence la mortalité chez les femmes s'élève à 3,7 vs 2,7% chez les hommes, probablement en lien avec le retard diagnostique susmentionné.¹⁴

9. Les femmes ont moins de douleurs chroniques postopératoires que les hommes.

FAUX. L'incidence de la douleur chronique (> 3 mois) après cure de hernie inguinale dans la population générale est rapportée jusqu'à 10-12%, dont 0,5 à 6% de douleurs invalidantes.⁵ Même si la littérature sur le sujet reste très hétérogène et doit être interprétée avec précaution, le sexe féminin semble être un facteur prédictif de douleurs persistantes,^{5,13,16,17} y compris après chirurgie laparoscopique.¹⁸ Une étude suédoise relève même des temps de convalescence plus longs, un recours plus important aux analgésiques, et des altérations fonctionnelles plus importantes chez les femmes.¹⁶ Ces constatations semblent liées à l'incidence élevée des hernies fémorales, ainsi qu'au recours majoré à la chirurgie d'urgence. Une revue systématique récente rapporte un taux de hernies fémorales passées inaperçues dans 11 à 15% des opérations par voie ouverte, notamment chez les femmes.^{3,13}

Dans notre centre, cette haute incidence de douleurs postopératoires n'a pas été observée chez les femmes, possiblement en lien avec le bilan d'imagerie systématique en préopératoire et l'abord laparoscopique dans la grande majorité des cas.

10. Le risque de récurrence après une intervention pour hernie inguinale est plus élevé chez les femmes.

VRAI. Deux revues récentes de la littérature rapportent le sexe féminin comme facteur de risque indépendant de récurrence, avec un taux de récurrence de 1,2% après laparoscopie, comparé à un taux de 4,9% suite à un abord direct.^{19,20} La hernie récidivante était fémorale chez 41% des patientes après abord direct (indépendamment de l'utilisation de filet ou non) vs 0% après laparoscopie.²⁰ Cette différence est possiblement due à un sous-diagnostic préalable de hernies fémorales chez les femmes, notamment lorsque la technique chirurgicale choisie est un abord direct.⁵ En effet, une étude récente sur plus de 123 000 femmes en âge de procréer retrouve l'accouchement par césarienne comme facteur de risque indépendant pour une récurrence de hernie inguinale/

fémorale, alors que l'abord laparoscopique initial montrait un effet protecteur.²¹

CONCLUSION

En cas de suspicion de hernie de l'aîne chez une femme, une hernie fémorale doit être activement recherchée, le plus souvent à l'aide de l'imagerie. L'abord laparoscopique (TEP, TAPP) est clairement recommandé, même pour une hernie unilatérale chez les femmes, car il est associé à un moindre taux de récurrence et de douleurs postopératoires. En cas de tuméfaction inguino-fémorale durant la grossesse, un bilan d'imagerie est indispensable pour confirmer le diagnostic, et une attitude attentiste doit être privilégiée en l'absence d'incarcération.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Un bilan d'imagerie (par échographie et/ou scanner ou imagerie par résonance magnétique dynamique) doit être effectué en cas de douleurs de l'aîne chez les femmes afin de ne pas omettre une hernie infraclinique
- La voie laparoscopique doit être privilégiée d'emblée chez les femmes pour la cure de hernie de l'aîne
- Une attitude attentiste doit être retenue chez la femme enceinte sauf en cas de complication herniaire

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

Une revue non systématique de la littérature a été effectuée sur PubMed en utilisant les termes «inguinal hernia» et «gender», puis les articles les plus pertinents ont été sélectionnés. Certains articles retrouvés uniquement dans les bibliographies d'articles référencés ont été ajoutés. De plus, les expert-e-s du corps chirurgical ont contribué à ajouter des références, notamment de pratique clinique.

1 Office Fédéral de la santé publique (OFSP). L'ambulatorio avant le stationnaire. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-69835.html

2 Kingsnorth A. Treating inguinal hernias. *BMJ* 2004;328:59-60.

3 * Köckerling F, Koch A, Lorenz R. Groin Hernias in Women-A Review of the Literature. *Front Surg* 2019;6:4.

4 Rosen A, Nathan H, Luciansky E, Orda R. The inguinal region: anatomic differences in men and women with reference to hernia formation. *Acta Anat (Basel)* 1989;136:306-10.

5 ** HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018;22:1-165.

6 Schmidt L, Andresen K, Öberg S,

Rosenberg J. Dealing with the round ligament of uterus in laparoscopic groin hernia repair: a nationwide survey among experienced surgeons. *Hernia* 2018;22:849-55.

7 Fauconnier A, Dubuisson JB, Foulot H, et al. Mobile uterine retroversion is associated with dyspareunia and dysmenorrhea in an unselected population of women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;127:252-6.

8 * Putnis S, Wong A, Berney C. Synchronous femoral hernias diagnosed during endoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc* 2011;25:3752-4.

9 Perry CP, Echeverri JD. Hernias as a cause of chronic pelvic pain in women. *JLS* 2006;10:212-5.

10 * Brooks D, Hawn M. Classification,

clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. *UpToDate* Feb 2010; Disponible sur : www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults#H15.

11 Oma E, Bay-Nielsen M, Jensen KK, et al. Primary ventral or groin hernia in pregnancy: a cohort study of 20,714 women. *Hernia* 2017;21:335-9.

12 Lechner M, Bittner R, Borhanian K, et al. Is round ligament varicosity in pregnancy a common precursor for the later development of inguinal hernias? The prospective analysis of 28 patients over 9 years. *Hernia* 2020;24:633-7. doi: 10.1007/s10029-019-01928-6.

13 Köckerling F, Lorenz R, Hukauf M, et al. Influencing Factors on the Outcome in

Female Groin Hernia Repair: A Registry-based Multivariable Analysis of 15,601 Patients. *Ann Surg* 2019;270:1-9.

14 Nilsson H, Stylianidis G, Haapamäki M, et al. Mortality after groin hernia surgery. *Ann Surg* 2007;245:656-60.

15 * Dahlstrand U, Wollert S, Nordin P, Sandblom G, Gunnarsson U. Emergency femoral hernia repair: a study based on a national register. *Ann Surg* 2009;249:672-6.

16 Kalliomäki ML, Meyerson J, Gunnarsson U, Gordh T, Sandblom G. Long-term pain after inguinal hernia repair in a population-based cohort; risk factors and interference with daily activities. *Eur J Pain* 2008;12:214-25.

17 Reinhold W. Risk factors of chronic pain after inguinal hernia repair: a

systematic review. *Innov Surg Sci* 2017;2:61-8.
18 **Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc*

2011;25:2773-843.
19 Burcharth J, Pommergaard HC, Bisgaard T, Rosenberg J. Patient-related risk factors for recurrence after inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Surg Innov* 2015;22:303-17.

20 Schmidt L, Öberg S, Andresen K, Rosenberg J. Recurrence Rates After Repair of Inguinal Hernia in Women: A Systematic Review. *JAMA Surg* 2018;153:1135-42.
21 Louie M, Strassle PD, Moulder KJ, Overby W. Risk factors for repeat hernia

repair in women of childbearing age. *Hernia* 2020;24:577-85. doi: 10.1007/s10029-019-02077-6.

* à lire
** à lire **absolument**