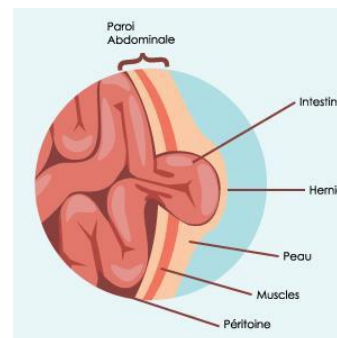


Hernie inguinale

Avant la naissance, il existe une communication entre l'abdomen et la bourse chez le garçon ou la grande lèvre chez la fille, passant par le pli de l'aîne (canal inguinal). Cette communication censée se fermer en fin de grossesse peut persister et conduire au développement d'une hernie inguinale.

Quand l'enfant augmente la pression de son abdomen (lors des cris, pleurs, efforts de poussée par exemple), l'intestin (ou l'ovaire, chez la fillette) peut se glisser dans ce petit canal, et « bomber » sous la peau : la hernie est alors visible. Dès que la pression redevient normale dans l'abdomen (enfant calmé, au repos), l'intestin retrouve sa place dans le ventre, et la hernie n'est plus visible (on dit qu'elle est « réduite »)



Cette affection très fréquente, l'est plus chez le garçon que chez la fille. Le côté droit est atteint dans 60% des cas, mais les hernies peuvent être bilatérales, notamment chez la fille et le prématuré.

Le diagnostic est clinique et repose aussi sur la description des parents. La hernie se manifeste par une voussure du pli de l'aîne, descendant parfois jusque dans la bourse du petit garçon ou la grande lèvre chez la fillette. Cette voussure est intermittente.

Le risque de la hernie inguinale est l'**étranglement**, c'est-à-dire que l'intestin reste « coincé » et ne peut revenir dans la cavité abdominale même quand l'enfant est au repos.

Le danger est alors non seulement une mauvaise irrigation des structures étranglées mais également du testicule en raison de la compression de ses vaisseaux ; ceci peut entraîner une souffrance de la gonade, avec diminution de sa taille voire sa disparition dans les mois à venir. Cette complication redoutable est particulièrement fréquente chez le tout petit et justifie dès lors une prise en charge rapide.

Si la hernie inguinale est douloureuse ou difficilement réductible il faut consulter rapidement.

En général, le chirurgien réduit (« fait rentrer ») la hernie étranglée avec une technique de palpation, et parfois une légère sédation, sans opération. L'intervention chirurgicale est réalisée dans les jours suivants. Le but de l'opération est la fermeture du petit canal. Elle se déroule sous anesthésie générale, associée ou non à une analgésie locorégionale via une courte cicatrice dans le pli inguinal du côté de la hernie. Elle justifie une hospitalisation courte de 12 à 24 heures (surveillance des tout-petits). Dans certains cas, l'intervention est réalisée par laparoscopie.