

# **L'échographie dans les hernies de l'aine : un examen inutile.**

**Mathieu Beck, Jean-François Gillion**

Correspondance :

Mathieu BECK

Clinique Ambroise Paré, 21, route de Guentrange, 57100 Thionville, France.

Tel: 03 82 82 27 27

Fax: 03 82 82 27 00

[BECK.Mathieu@wanadoo.fr](mailto:BECK.Mathieu@wanadoo.fr)

## **Auteurs**

Mathieu Beck, Chirurgien, Secrétaire Général du Chapitre Français de l'EHS\*, Clinique Ambroise Paré, 21, route de Guentrange, 57100 Thionville, France

Jean-François Gillion, Chirurgien, Président du Club Hernie et du Chapitre Français de l'EHS\*, Hôpital d'Antony, 1 Rue Velpeau, 92160 Antony, France

\*European Hernia Society

## **Introduction et historique.**

De tout temps, la hernie de l'aine a fait couler beaucoup d'encre en raison de sa fréquence, de sa tendance à la récurrence et de l'incapacité temporaire aux activités physiques générée par son traitement. La France a toujours été à l'avant-garde de l'étude de l'anatomie de l'aine ainsi que des nouveaux concepts chirurgicaux. Fondé en 1979, le Groupe de Recherches et d'Études de la Paroi Abdominale (GREPA) était très actif dans ce sens. Il a ensuite donné naissance au Groupe de Recherches Européen de la Paroi Abdominale sous le même sigle, devenu par la suite l'European Hernia Society (EHS), dans laquelle, assez curieusement, la représentativité française s'est étiolée. Dans le but d'y remédier en fédérant les chirurgiens s'intéressant particulièrement à la paroi abdominale et de tenir un registre pouvant servir de base à des études statistiquement significatives, un groupe de praticiens a créé le Club Hernie, qui compte une soixantaine de chirurgiens de tous bords, universitaires ou non, publics ou privés, ayant tous un très haut niveau d'activité dans la chirurgie pariétale. Les inclusions ont commencé fin 2011, et deux ans plus tard, c'est plus de 6000 hernies de l'aine et 2000 hernies ventrales et éviscérations qui ont été enregistrées. Au cours de l'une de nos premières réunions, le thème de l'échographie préopératoire dans les hernies a été abordé, suscitant un tollé général. En effet, de l'avis de tous, cet examen n'apporte aucun renseignement utile, que ce soit sur le plan diagnostique ou dans le cadre d'une évaluation préopératoire. Dans certaines situations, l'échographie peut même s'avérer nuisible. Enfin, et bien évidemment, le recours à cette exploration induit une dépense inutile. Tous ces points seront argumentés dans la suite de l'article, les données chiffrées provenant du registre du Club Hernie.

## **Le diagnostic de hernie de l'aine est (et devrait rester !) exclusivement clinique.**

Le patient doit toujours être **examiné en position debout**.

La main de l'examineur est posée à plat sur la région de l'aine. On demande au patient de tousser. La hernie se manifeste par une tuméfaction réductible (hors étranglement ou engouement) inguinale, inguino-funiculaire, ou inguino-scrotale selon le degré d'extériorisation, ou bien fémorale (anciennement appelée crurale). Dans ce dernier cas, elle est située un peu plus bas et en dedans, est souvent irréductible même en dehors de tout étranglement, et touche plus volontiers la femme. La classique introduction du doigt dans le canal inguinal, à la recherche d'une hypothétique pointe herniaire, est désagréable pour le patient et n'apporte aucun renseignement utile à ce stade.

L'examen en position couchée n'a d'intérêt que pour le chirurgien s'il souhaite tester la réductibilité d'une volumineuse hernie inguino-scrotale.

**L'aine controlatérale doit également être soigneusement examinée**, à la recherche d'une bilatéralité qui s'avère fréquente. En effet, environ 20 % des patients se présentent d'emblée avec une hernie bilatérale synchrone, qui pourra dans la grande majorité des cas être traitée en un seul temps. Il est préférable que le diagnostic soit fait dès la première consultation afin d'éviter toute discordance qui risque d'être mal perçue par le patient.

Le diagnostic de hernie étant fait, le patient doit être adressé pour avis chirurgical.

**Il n'y a pas de diagnostic différentiel.**

**Tout examen complémentaire est inutile.**

## **Analyse de la série.**

Ce travail a été présenté au congrès MESH (symposium sur la chirurgie de la paroi abdominale) en juin 2013. Les items du registre permettaient de faire face à tout les cas de figure envisageables. Nous avons relevé à l'époque 4979 hernies chez plus de 4000 patients, en tenant compte de la bilatéralité. Au moment de la consultation chirurgicale, 1034 patients, soit 25%, étaient munis d'une échographie inguinale. Voici les diverses situations que nous avons pu identifier et chiffrer.

### **L'échographie est exacte mais inutile.**

Il s'agit de la situation la plus fréquente (81,4 % des échographies). On regroupe ici les échographies montrant une hernie unilatérale palpable, ou bien une hernie bilatérale, également palpable. L'échographie est alors redondante avec la clinique. Quelle que soit la technique chirurgicale employée, ouverte ou coelioscopique, l'opérateur n'a pas besoin d'information supplémentaire avant de réaliser le geste chirurgical. Les comptes-rendus d'échographie comportent habituellement les dimensions de la brèche herniaire, et parfois des précisions, par ailleurs souvent inexacts, sur le site de la hernie, oblique externe, directe, ou crurale, ce que l'opérateur identifiera de toute façon durant l'opération.

### **L'échographie est inexacte par défaut, donc inutile voire potentiellement nuisible.**

Il s'agit ici de la limite de la **sensibilité** de cet examen, qui se définit par des **faux négatifs**, que nous avons rencontrés dans 10,2 % des échographies. Dans ce cas de figure, l'interrogatoire du patient révèle souvent que l'examen a été fait en position couchée, ce qui ne permet pas à la hernie de s'extérioriser correctement, même si le radiologue recourt à une manoeuvre de Valsalva. En cas de bilatéralité, il est possible que la plus volumineuse des deux hernies soit reconnue, mais pas l'autre, soit pour les raisons données précédemment, soit... parce que le côté controlatéral n'a simplement pas été exploré !

Quoi qu'il en soit, un faux négatif échographique n'aura en principe aucune incidence puisque le chirurgien posera l'indication opératoire sur la base de son examen clinique.

### **L'échographie est inexacte par excès, donc particulièrement nuisible.**

En effet, le **faux positif** montre les limites de la **spécificité** de l'examen et risque de conduire à une intervention inutile. Bien heureusement, cette situation ne concerne que 0,6 % des patients opérés. Dans ce dernier cas, le chirurgien a accepté le diagnostic échographique de hernie bien que l'examen clinique ait été négatif. Le compte rendu opératoire mentionne donc que la hernie mise en évidence à l'échographie n'a pas été retrouvée lors de l'intervention.

Le taux de faux positifs donné ici est très largement sous-estimé, puisque la grande majorité des chirurgiens refuse d'opérer les hernies non palpables sur la seule foi de l'échographie, et que les patients récusés ne rentrent pas dans le registre. Néanmoins, dans une série personnelle, ces cas ont été pris en compte et analysés : durant l'année 2013, 287 patients se sont présentés pour une pathologie de l'aine au sens large, dont 93 avec une échographie (32 % des patients). Dans 18 cas,

l'échographie décrivait, parfois avec force détails, une hernie non palpable cliniquement chez des patients qui par ailleurs n'avaient jamais constaté de tuméfaction au niveau de l'aîne (soit 19,3 % de faux positifs dans l'ensemble des échographies réalisées dans ce groupe). Aucun de ces patients n'a été opéré. Ceci amène à parler du motif de consultation chez ces patients, c'est-à-dire du problème parfois délicat de la douleur de l'aîne.

Voici une histoire récente et parfaitement authentique : un homme se présente à la consultation de chirurgie avec un diagnostic de récurrence de hernie. L'interrogatoire révèle qu'il se plaint d'une douleur de l'aîne, et qu'il n'a jamais perçu de tuméfaction. L'examen clinique est strictement normal. Le patient montre une échographie qui conclut à l'existence d'une hernie. L'interrogatoire est alors approfondi : on apprend ainsi que l'intervention réalisée quelques années auparavant avait déjà été motivée par des douleurs inguinales isolées et un diagnostic exclusivement échographique de hernie, avec réapparition précoce de la symptomatologie douloureuse une fois disparues les douleurs postopératoires. *Perseverare diabolicum !* Dans le cas particulier de ce patient, il faut recourir à des mesures de réadaptation, de physiothérapie, à un traitement antalgique...mais certainement pas à la chirurgie.

**Quelle est donc l'étiologie de ces douleurs inguinales sans hernie clinique ?**

Sur les 18 cas précédemment cités, trois présentaient une coxarthrose, cinq se plaignaient d'une gêne douloureuse accompagnée d'irradiations vers le dos et la face antérieure de cuisse typiques d'une origine rachidienne, trois concernaient des sujets sportifs et comportaient tous les signes d'une pubalgie. La plupart des autres patients s'étaient plaints de douleurs survenues à la suite d'un effort physique, mais la symptomatologie était déjà régressive ou avait totalement disparu au moment de la consultation chirurgicale. Au final, seuls trois patients posaient un réel problème en raison d'une douleur inguinale persistante, bien localisée et compatible avec une origine herniaire. Dans cette dernière situation, deux attitudes opposées sont envisageables.

Si le patient est très demandeur d'une solution radicale, le chirurgien peut se résoudre à intervenir en faisant ainsi confiance au radiologue, mais en annonçant très clairement l'absence de garantie sur le résultat antalgique de l'intervention. Lors de cette chirurgie, parfois une hernie est retrouvée, parfois pas...

À l'inverse, le plus souvent, le patient n'est pas enthousiaste à l'idée d'être opéré, parce qu'il n'est pas très gêné, et qu'il est rassuré dès l'instant où on lui affirme qu'il n'y a aucun risque de complication qui puisse rendre l'intervention nécessaire. Il faut en effet noter que fréquemment, il a été inquiété par l'entourage qui lui a inculqué l'idée que puisqu'il y avait une hernie, elle allait nécessairement s'étrangler ! Il faut expliquer au patient qu'il n'est pas certain qu'il existe vraiment une hernie, que de toute façon à ce stade il n'y a effectivement aucun risque de complication de type étranglement, que l'intervention risque de générer des douleurs, et enfin que l'histoire naturelle des hernies va logiquement dans le sens d'une aggravation, donc qu'il sera toujours temps d'intervenir lorsque la hernie sera franchement extériorisée.

Ainsi, la décision d'intervenir ou non dans ces situations inconfortables est multifactorielle. Elle dépend bien sûr avant tout de l'examen clinique, mais aussi de la demande du patient, et du choix du chirurgien en fonction de son environnement, directement lié à la fiabilité de l'échographiste avec lequel il collabore. Une récente méta-analyse anglaise de 2013 portant sur neuf études donne une sensibilité de l'échographie de 86 %, et une spécificité moyenne de 77 % avec des extrêmes allant

de 22 à 100 %. Les performances de l'échographie sont donc globalement médiocres et surtout très variables d'une équipe à l'autre. On comprend dès lors qu'un chirurgien hésite à intervenir sur ce que l'on pourrait appeler une « hernie échographique », sachant que la probabilité de ne rien trouver est élevée. Inversement, les bons résultats publiés par certains sont le fait d'équipes dans lesquelles un chirurgien collabore avec « son radiologue ». Ce dernier bénéficie alors d'un retour d'information qui lui permet d'améliorer ses performances. On peut par conséquent recommander de ne pas prescrire d'échographie inguinale, de laisser le chirurgien décider s'il a ou non besoin de cet examen, et à qui le confier.

Enfin, aucun autre examen ne fait preuve d'une fiabilité convaincante dans le diagnostic des hernies occultes, que ce soit le scanner, l'I.R.M., la herniographie etc. On assiste parfois à des dérives étonnantes ; ainsi, une équipe américaine de chirurgie urologique estime, dans un article de 2012, qu'avant toute chirurgie radicale de la prostate il est préférable de dépister des hernies occultes à l'aide de l'échographie associée à l'I.R.M. afin de les traiter dans le même temps à titre préventif! À l'opposé, les recommandations élaborées sur la base du registre danois des hernies vont dans le sens d'une abstention chirurgicale en cas de douleurs inguinales sans hernie palpable, attitude raisonnable que prônent la majorité des équipes.

### **Évaluation du coût de l'échographie inguinale en France.**

Environ 120 000 patients sont opérés chaque année de hernies dans notre pays. En extrapolant les données du registre, si près de 25 % d'entre eux se présentent avec une échographie dont le coût avoisine 40 €, on peut situer la dépense dans une fourchette comprise entre 1 et 1,5 million d'euros, auxquels il faut ajouter le coût des échographies des patients non opérés !

### **Reste-t-il une place pour l'échographie ?**

Devant une tuméfaction fémorale indurée, en particulier chez une femme en surcharge pondérale, il est parfois très difficile de faire la part des choses entre une adénopathie et une hernie, celle-ci se présentant souvent sous la forme d'une petite tuméfaction irréductible. Une structure solide à l'échographie plaidera en faveur d'un ganglion tandis qu'un contenu à composante liquidienne signera le diagnostic de hernie.

Sauf environnement particulier, il s'agit là de la seule place indiscutable de l'échographie dans le diagnostic des hernies de l'aîne.

### **Conclusion**

Le diagnostic de hernie inguinale est exclusivement clinique. L'examen doit être bilatéral et réalisé en position debout. Il n'y a pas de diagnostic différentiel et aucun examen complémentaire, échographie ou autre, n'est nécessaire.

Les douleurs inguinales peuvent poser des problèmes délicats. L'interrogatoire et l'examen clinique prennent ici aussi une place majeure. Il ne faut pas se fier à la seule échographie pour poser un diagnostic de hernie non décelable cliniquement et proposer un geste chirurgical qui risque fort de ne pas donner le résultat antalgique escompté. Il n'est pas enseigné que l'échographie est utile dans le diagnostic des hernies...mais il n'a pas été clairement dit qu'elle était inutile. C'est maintenant chose faite.