

CLASSIFICATION DES HERNIES DE L'AINE

(clinique du Mont louis, dr Jansen paris)

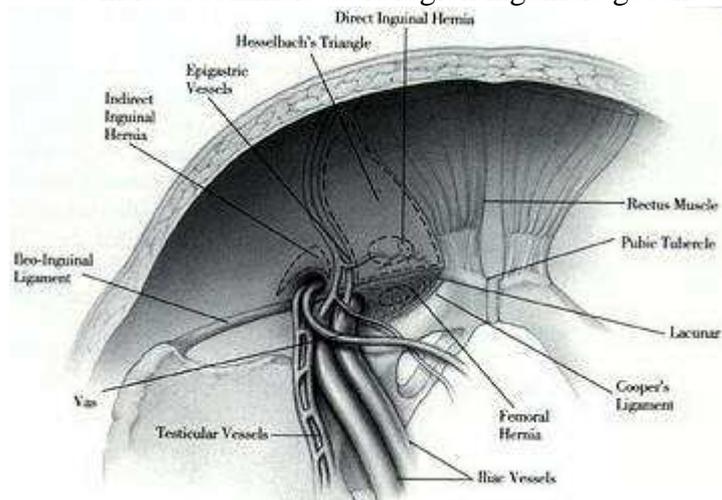
Au-dessus de l'arcade crurale :

- En dedans des vaisseaux épigastriques HERNIE DIRECTE dite de " faiblesse " du fascia transversalis
- En dehors des vaisseaux épigastriques HERNIE INDIRECTE ou OBLIQUE EXTERNE le long du cordon spermatique

Au-dessous de l'arcade crurale :

- HERNIE CRURALE OU FEMORALE des anglo-saxons.

Vue intra abdominale de la région inguinale gauche



2 LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical des hernies de l'aîne avait la réputation d'être douloureux, de limiter longtemps l'activité physique et de récidiver. Son amélioration est explicable par une évolution des éléments en présence :

- changement des techniques opératoires,
- changement de la mentalité de l'opéré,
- changement de l'approche thérapeutique du chirurgien.

3 COMPARAISON DES TECHNIQUES

Le traitement des hernies de l'aîne ne peut être que chirurgical. Trois techniques, deux à " ciel ouvert " le Shouldice et le Lichtenstein et une coelioscopique, sont à proposer.

3-1 La technique du Shouldice.

Jusqu'au début des années quatre-vingt, les chirurgiens avaient un certain mépris pour les hernies, préférant une chirurgie plus gratifiante. Ils opéraient donc les hernies en fin de programme, rapidement, et de façon rustique. Chaque chirurgien croyant pratiquer la bonne méthode y apportait même, parfois, des artifices techniques personnels, alors qu'aucune étude sur un grand nombre de patients n'avait été réalisée et publiée. Les suites opératoires étaient alors marquées par des douleurs, des infections (abcès de paroi) et un risque de récurrence évalué à 20 %.

Le mérite du Shouldice Hospital de Toronto (Canada) est d'avoir fait une étude très approfondie sur un grand nombre d'opérés comparant différentes techniques pour en trouver une qui, bien réalisée, entraîne moins de 1 % de récurrence.

Cette technique décrite en 1945 a été introduite en France au début des années 1980. Elle est maintenant pratiquée par la majorité des chirurgiens.

La méthode de SHOULDICE est en fait un ensemble d'éléments qui concourt à diminuer la douleur, à raccourcir l'hospitalisation et l'arrêt de l'activité. Ces éléments sont :

- le choix de l'anesthésie,
- la technique chirurgicale proprement dite,
- la préparation psychologique du patient,
- la rééducation postopératoire.

Le choix de l'anesthésie :

Dans la méthode mise au point au Shouldice Hospital, l'intervention se fait en ambulatoire, sous anesthésie locale, le patient retournant chez lui le soir de l'intervention. En France, les patients semblent préférer une hospitalisation que l'on peut limiter à quarante-huit heures.

Quand l'intervention se fait sous anesthésie locale, celle-ci est potentialisée par une neuroleptanalgesie. Souvent, les patients préfèrent une anesthésie générale, ce qui est réalisable et n'empêche pas le lever précoce.

Ces deux types d'anesthésie vont permettre la marche dès l'après-midi de l'intervention.

L'anesthésie péridurale n'est pas conseillée, car elle impose la position allongée empêchant le lever précoce) et va à l'encontre de la "philosophie" de la méthode. Elle n'est pas préférable à l'anesthésie locale chez les opérés qui ne veulent pas d'anesthésie générale.

La technique chirurgicale :

Elle s'adresse aux hernies inguinales, aussi bien directes qu'obliques externes. L'intervention dure une heure. Les gestes de dissection sont communs à toutes les techniques de cure chirurgicale de hernie :

- incision cutanée horizontale inguinale.
- ouverture de l'aponévrose du grand oblique,
- dissection du cordon,
- section du crémaster,
- dissection, section et ligature du sac.

C'est dans la reconstitution pariétale et dans l'utilisation du fascia transversalis que le Shouldice apporte son originalité. Le fascia transversalis obture l'orifice inguinal profond. C'est lui qui est distendu dans les hernies inguinales directes. Pour imager le geste chirurgical, on peut comparer le fascia transversalis à "un veston droit distendu qui va être transformé en un veston croisé cintré", par une suture en paletot.

Ce premier plan en paletot est constitué par le fascia transversalis.

Le deuxième plan est constitué par un surjet arcade-conjoint en rétro-funiculaire.

Le troisième plan est constitué par la fermeture de l'aponévrose du grand oblique.

La peau est refermée par un surjet intradermique dont l'ablation se fera par simple traction au dixième jour.

Ainsi le patient, qui le désire, peut sortir le lendemain de l'intervention.

Les raisons qui prolongeaient l'hospitalisation étaient :

- le drainage aspiratif de la plaie opératoire qui a été rendu inutile par les soins apportés à l'hémostase,
- l'infection qui a quasi disparu en opérant les malades en début de matinée, dans une salle décontaminée et réservée à ce type d'intervention avec une asepsie rigoureuse de type orthopédie doublée d'une antibiothérapie flash prophylactique,
- la douleur postopératoire qui a considérablement diminué. Bien sûr, elle est différemment perçue d'un malade à l'autre. On ne voit plus de ces patients pliés en deux pendant huit jours, cela en raison de la technique de suture qui se fait sans tension, avec une bonne répartition des forces alors que les techniques antérieures essayaient de rapprocher des tissus trop distants par de grands points, sujets à la rupture à moyen terme.

La reprise d'activité physique est variable d'un opéré à l'autre. Nous conseillons à l'opéré de marcher deux kilomètres le matin et deux kilomètres l'après-midi pendant la première semaine, puis d'intensifier la marche pour trotter à la troisième semaine, tout en commençant les abdominaux supérieurs et les assouplissements pour être d'attaque après cinq semaines.

Ce programme de rééducation a été mis au point pour les sportifs et notamment les footballeurs opérés de pubalgies (intervention de réparation musculaire voisine de la cure chirurgicale de hernie) et qui reprennent l'entraînement un mois après l'intervention et la compétition à deux mois.

La reprise du travail dépend aussi de l'opéré, de son activité et de sa motivation.

Outre les progrès techniques, une bonne explication des principes de l'intervention, de la nécessité d'un lever précoce et d'une reprise rapide de l'activité physique peut améliorer la mauvaise réputation de la cure chirurgicale des hernies de l'aîne.

3-2 la technique de Lichenstein

Elle comporte les mêmes gestes que le Shouldice et se réalise dans les mêmes conditions. Elle consiste à interposer un filet prothétique entre le plan musculaire profond et le plan aponévrotique superficiel.

Elle est à proposer pour les récurrences, les parois fragiles et les opérés à partir de 50 ans.

3-3 La technique par voie coelioscopique

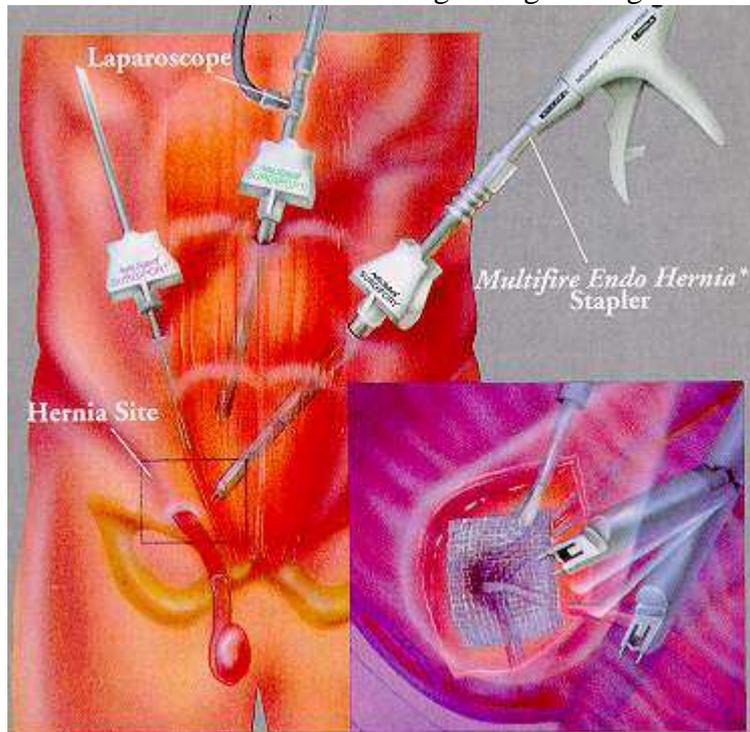
Principe de l'intervention

C'est la mise en place, sous anesthésie générale par voie coelioscopique d'un filet prothétique en pré-péritonéal.

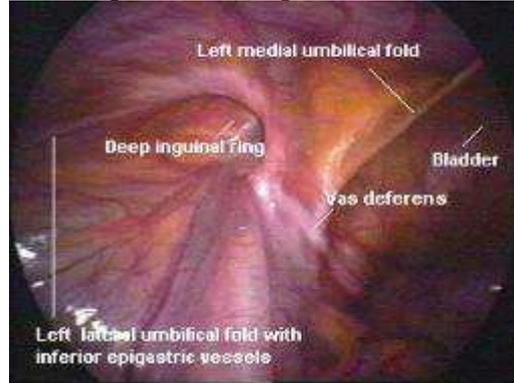
Les différents temps opératoires sont :

- mise en place des trois trocarts
- décollement pré-péritonéal
- réduction du sac herniaire
- dissection du cordon
- introduction de la plaque son positionnement laisse passer le cordon et masque l'orifice herniaire.
- drain de Redon aspiratif dans le décollement pré-péritonéal pendant 24 heures.

Vue intra abdominale de la région inguinale gauche



Vue intra-abdominale par coelioscopie d'une hernie inguinale gauche



Les avantages

Ils sont surtout dominés par le confort postopératoire :

- douleur minime
- petite cicatrice
- sortie le lendemain
- reprise de travail précoce.

Les inconvénients

Ils nécessitent une anesthésie générale

Il peut exister, au niveau inguinal et scrotal, un hématome qui disparaîtra rapidement.

4 LES RESULTATS

Ils vont être jugés sur les récurrences et les douleurs post-opératoires.

Les douleurs post- opératoires vont disparaître en quelques semaines.

Le Shouldice chez les jeunes et la mise en place d'un filet prothétique (Lichtenstein ou coelio.) donnent si l'opérateur est rigoureux les mêmes résultats. C'est à dire moins de deux pour cent de récurrences.

Reste le problème des douleurs résiduelles :

Dans les deux techniques « ouvertes » l'incision cutanée et la dissection du cordon vont entraîner dans 10 à 15/100 des cas des douleurs résiduelles soit cutanée soit scrotale.

Ces douleurs peuvent consister en une gêne intermittente voire permanente plusieurs mois après l'intervention.

C'est pour cela que la mise en place d'une prothèse par voie colioscopie est séduisante car elle ne donne pas de douleur résiduelle mais elle est au prix d'une intervention plus « lourde ».(Anesthésie générale et risque hémorragique.)

5 QUELLE TECHNIQUE CHOISIR ?

Les techniques avec une mise en place de prothèse ne sont pas à proposer à l'adulte jeune où le Shouldice reste l'opération de choix.

La meilleure indication de la coelioscopie est la hernie inguinale unilatérale ou bilatérale, chez un homme, après 50 ans, ne voulant pas souffrir et reprendre son activité rapidement.