

**CURE DE HERNIE DE L' AINE PAR LAPAROSCOPIE
PAR VOIE TEP AVEC PROTHESE FENDUE
LATERALEMENT (PARIETEX ADP 2).**

Résultats à plus de un an de 210 hernies.

Docteur Bernard Detruit
Centre Médico-Chirurgical de Parly 2- 78150 LE CHESNAY.

Nous avons précédemment publié les raisons qui nous ont amené à mettre au point une nouvelle prothèse pour la cure laparoscopique des hernies de l'aine de l'adulte. Une étude prospective a été mise en route dès septembre 1997 afin de confirmer l'intérêt des prothèses fendues et non fixées par l'étude des résultats à court, moyen et long terme.

Nous publions ici les premiers résultats des 150 premiers malades opérés entre septembre 97 et septembre 99, ce qui représente 210 hernies.

BUT DE L'ETUDE

Montrer que l'utilisation d'une prothèse à fente latérale mise en place par voie préperitonéale et non fixée permet :

- De diminuer la douleur postopératoire (pas de fixation, 1 seul trocart de 10mm, 2 trocarts de 5mm),
- De diminuer le coût de l'intervention (pas d'agrafage, pas de matériel à usage unique, réduction de la durée d'arrêt de travail),
- Avec un taux de complications inférieur ou égal aux autres techniques,
- Avec un taux de récurrence et de séquelle douloureuse voisin de 0.

METHODOLOGIE

La plupart des patients consultant pour hernie nous sont adressés en vue d'un traitement laparoscopique. Cependant, le choix définitif de la technique n'est fait qu'après explication des risques et proposition des techniques « ouvertes ». Sont exclus les patients jeunes porteurs de hernies de type congénital sans déficit de paroi qui sont opérés par une variante de la technique de Shouldice et les patients chez lesquels l'anesthésie générale est refusée et qui bénéficient de la technique de Lichtenstein. Les très grosses hernies inguino-scrotales non réductibles et les hernies étranglées sont opérées par voie ouverte, en général par la technique de Stoppa.

La présence d'une médiane sous-ombilicale ou une incision de Pfannenstiel n'est pas, pour nous, une contre indication à l'abord par voie préperitonéale. En revanche, l'antécédent de prostatectomie radicale par voie ouverte rend cette voie très difficile (une seule cure de hernie droite a été récemment réussie par TEP) ; nous préférons dans ce cas la technique de Lichtenstein.

Les critères de l'étude sont :

- L'âge,
- Le sexe,
- Le poids,
- Le type de hernie : directe, oblique externe, crurale, double,
- Le caractère uni ou bilatéral,
- Le caractère récidivé ou non,
- La durée d'hospitalisation,
- La durée d'immobilisation (travail ou reprise d'activité normale pour les retraités)
- Les complications immédiates : peropératoires ou constatées dans la semaine suivant l'intervention :

- Conversion, (ou panne de matériel)
- Hémorragie,
- Infection,
- Hématome,
- Sérome,
- Complications urinaires,
- Douleur nécessitant un traitement.
- Les complications secondaires sont celles constatées au cours de la consultation du troisième mois :
 - Hydrocèle vaginale,
 - Hématome résiduel
 - Douleurs, en particulier testiculaires
 - Récidive précoce,
 - Autres.
- Lors de la consultation à 12 mois, sont notées :
 - Les récurrences,
 - Les douleurs résiduelles.

RAPPEL TECHNIQUE

La voie prépéritonéale est utilisée de façon quasi exclusive (sauf en cas de récurrence sur prothèse prépéritonéale où la voie transpéritonéale est préférée).

Trois trocarts (un de 10, deux de 5mm) sont utilisés, qu'il s'agisse d'une hernie uni ou bilatérale.

Le sac herniaire est disséqué, mais rarement excisé ; les très gros sacs inguino-scrotaux sont séparés du cordon à leur base, liés vers la cavité péritonéale et sectionnés, le bout distal étant abandonné dans le canal inguinal afin de diminuer les hématomes du cordon. Le drainage aspiratif n'est pas systématique.

Il n'y a pas de sondage urinaire.

L'antibiothérapie prophylactique est systématique.

La prothèse est mise en place sans agrafage, le positionnement correct étant assuré par le passage autour du cordon qui assure également la fixation de la prothèse. Cet artifice technique évite les mauvais positionnements, source de récurrence précoce.

La fermeture de la fente en paletot sur la paroi latérale inextensible du pelvis est très sûre si la prothèse est correctement mise en place.

Le temps d'intervention moyen pour une hernie unilatérale est de 35 minutes et de 45 minutes pour une hernie bilatérale.

RESULTATS

Cette première étude porte sur les 150 premiers malades ayant bénéficié de cette nouvelle prothèse.

Cela représente 210 hernies, dont 15 hernies récidivées

- Droites : 54
- Gauches : 36
- Bilatérales : 60 = 120 hernies
- Directes : 71
- Obliques externes : 124
- Crurale : 1
- Double (directe + oblique externe) : 1

Patients perdus de vue : 11(7,3%)

Analyse du terrain

	Moyen	Maxi	Mini	Femmes	Hommes
Age	57	92	25		
Poids	74	105	45		
sexe				10	140

Immobilisation

	Maximum	Minimum	moyenne
Hospitalière	15	1	2.7
Retour à la vie active	30	1	10.7

Complications immédiates

Hémorragie	0
Hématomes	12(6%)
Conversion	0
Infection	0
Complications urinaires	3(2 rétentions, 1 hématurie)(1,5%)
Séromes	3(1,5%)
TOTAL	18(9%)

Complications secondaires

Hématomes	3(1,5%)
Douleurs testiculaires	5(2,5%)
Douleurs inguinales	7(3,5%)
Complications urinaires	1 (infection)(0,5%)
Récidive précoce	0
Hydrocèle vaginale	1
Autres	<ul style="list-style-type: none">• 1 AVC à 3 mois• 1 anesthésie crurale unilatérale
TOTAL	19(9,5%)

Résultats à un an

Récidives	+/- 1
Douleurs séquellaires	1 gêne légère

COMMENTAIRES

Cette première série ne comporte que 210 hernies et le recul minimum n'est que de un an. Nous poursuivons actuellement cette étude prospective qui porte actuellement sur plus de 250 patients et le recul atteint 4 ans pour les premiers malades opérés, sans que nous ayons eu connaissance de complications apparues entre temps.

Une prochaine étape devrait nous permettre d'analyser les résultats portant sur 500 hernies avec un recul minimum de 3 ans.

La durée d'hospitalisation moyenne est de 2,7 jours : elle devrait aller en diminuant en raison de la quasi-absence de phénomènes douloureux postopératoires. En effet, le protocole antalgique postopératoire comporte une perfusion de Paracétamol en salle de réveil, puis la prescription orale d'antalgiques de niveau 2 seulement à la demande du malade. Or la plupart des opérés ne réclament aucun antalgique le soir de l'intervention et aucune prescription d'antalgique n'est faite à la sortie.

La durée d'arrêt de travail ou de reprise d'activité normale est de 10,7 jours. Ce chiffre serait meilleur si nous n'avions dans cette série un patient traité pour récurrence précoce après un traitement coelioscopique au cours duquel la prothèse avait été mal posée. Ce patient a fait une hématurie massive qui a nécessité plusieurs décaillottages, une hospitalisation de 15 jours et une prise en charge urologique prolongée.

Le chiffre de complications immédiates est assez proche de chiffres de la littérature.

Il s'agit surtout d'hématomes dont la fréquence peut être réduite par une meilleure hémostase et de douleurs testiculaires liées, dans les grosses hernies à la dissection du cordon et au pincement du canal déférent.

Les rétentions urinaires sont impossibles à prévenir en raison de la fréquence des adénomes de la prostate dans une clientèle âgée.

Les complications secondaires les plus gênantes sont essentiellement des phénomènes douloureux inguinaux ou testiculaires liés à la présence d'un hématome du cordon ou consécutives à des traumatismes du déférent. Une dissection plus atraumatique et une hémostase rigoureuse associée à un drainage devraient réduire ces complications.

En ce qui concerne **les résultats à un an et plus**, il n'y a aucune douleur de type névralgique, seule une gêne peu importante et non traitée a été signalée.

Une probable récurrence correspond à un patient opéré d'une double hernie droite, dont une grosse oblique externe, qui n'avait aucun symptôme, mais qui à l'examen a un canal inguinal impulsif à la toux et qui devra être réexaminé dans 6 mois pour confirmation.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude sont encourageants eu égard à l'absence de douleur séquellaire, du taux de récurrence voisin de 0, d'une reprise d'activité rapide, même chez les travailleurs de force.

L'utilisation de la prothèse fendue latéralement, non fixée (PARIETEX ADP 2) par voie préperitonéale permet de diminuer le coût de la cure laparoscopique par rapport aux prothèses fixées, en supprimant le prix de l'agrafeuse et en raison de la diminution des phénomènes douloureux postopératoires, permettant une économie d'antalgiques, de journées d'hospitalisation et d'indemnités journalières.

La constatation de ces bons résultats permet d'envisager la réalisation de cette intervention en chirurgie ambulatoire.

Il faut reconnaître, en revanche, que la technique préperitonéale est plus difficile que la voie ouverte, qu'elle demande une courbe d'apprentissage d'une cinquantaine d'intervention et que la pose de la prothèse ne supporte pas d'imperfection.

La période d'apprentissage passée, on ne constate aucune complication grave, la durée d'intervention est identique à la chirurgie ouverte, avec une pénibilité identique.

Le taux de satisfaction important des malades devrait être un encouragement pour les chirurgiens à « s'accrocher » autour de la période d'apprentissage afin d'élargir leur arsenal thérapeutique pour une pathologie aussi fréquente et aussi diverse que les hernies de l'aine.