

Cure de hernie inguinale chez l'adulte selon le procédé de Lichtenstein. Résultats à 10 ans

Treatment of adult's inguinal hernia by Lichtenstein procedure. Results after 10 years

P Marre, J Pitre, A Timores.

Centre de chirurgie herniaire de Paris Ouest - CMC Europe.

Mots clés

- ◆ hernie inguinale
- ◆ Lichtenstein
- ◆ résultats à 10 ans

Résumé

But de l'étude : évaluer les résultats à 10 ans.

Matériel et méthodes : 1920 adultes étaient opérés de hernie inguinale selon le procédé de Lichtenstein en 10 ans (01/01/1997 au 31/12/2008) ; 98 étaient contactés par courrier pour évaluer les résultats à 10 ans après 6 mois d'apprentissage. Quarante-et-une ont répondu : 99 hernies ; 15 bilatérales (14% perdues de vue).

Résultats : aucune complication postopératoire. A 10 ans, il était observé 1 % de récurrence et 12,2% de gênes résiduelles dont 2% de douleurs chroniques.

Conclusion : cette étude confirmait le bien-fondé du procédé de Lichtenstein, technique sûre, simple, efficace dans le traitement d'une affection banale, véritable question de santé publique.

Keywords

- ◆ inguinal hernia
- ◆ Lichtenstein
- ◆ results after 10 years

Abstract

Objective: To estimate the results after 10 years.

Material and methods: 1920 adults underwent operation by Lichtenstein procedure in 10 years (01.01.1997 to 31.12.2008); 98 were contacted by mail to estimate the results in 10 years after 6 months of learning period. 84 responded: 99 hernias - 15 bilaterals (14% of lost following).

Results: No early postoperative complication was observed. At 10 years were noted 1% of recurrence and 12.2% of residual local discomfort with 2% of chronic pain.

Conclusion: The Lichtenstein procedure is a safe simple, efficient technique for the treatment of inguinal hernia which is a very frequent pathology and a real question of public health.

La hernie inguinale de l'adulte est une affection fréquente, bénigne qui se complique rarement en Europe mais dont le traitement est toujours d'actualité (1). L'accord s'est fait sur les critères d'efficacité de ce traitement : simplicité, sécurité et reproductibilité aisée. Les deux critères de qualité retenus sont le taux de récurrence et le taux de douleurs résiduelles (2). Le procédé de Lichtenstein est une des techniques qui répondent favorablement à ces critères. L'objet de cette étude rétrospective est de vérifier si cette tendance se confirme à la lumière d'une expérience monocentrique avec un recul de 10 ans.

Matériel et méthode

Sur une série de 1920 adultes opérés de hernie inguinale de façon consécutive du 01/01/1997 au 31/12/2008, ont été retenus 98 patients consécutifs du 01/07/1997 au 30/06/1998

pour évaluer les résultats à 10 ans, après 6 mois d'apprentissage de la technique.

L'intervention a été faite en ambulatoire, sous anesthésie locale (ropivacaine) potentialisée (midazolam) et antibioprophylaxie péri-opératoire par une incision de 7 cm. Il a été posé un filet en polypropylène de la forme de la région inguinale, découpé pour laisser passer le cordon spermatique chez l'homme, dont les dimensions étaient de 100 x 45 mm. Exceptionnellement les conditions locales exigeaient des dimensions de 120 x 50 mm.

Il y avait 98 opérés (94 hommes et 4 femmes) âgés de 20 à 87 ans (âge moyen 56,2 ans). Ils étaient hospitalisés pour 74 d'entre eux en ambulatoire (76,5 %) et pour 24 d'entre eux de 2 à 4 jours (20 opérés de hernie bilatérale et 4 opérés âgés vivant seuls). Il y avait 118 hernies (20 bilatérales), 67 hernies droites, 51 gauches, 57 obliques externes, 36 directes, 18 mixtes et 7 récurrences. Dans les suites immédiates, il n'avait été observé chez ces 98 opérés aucune complication locale ou

Correspondance :

P Marre. CMC Europe, 9 bis rue de Saint Germain, 78560 Le Port Marly.
Email : pmarre@cmce-europe.fr

générale ni aucune mortalité.

A titre de comparaison, dans l'ensemble de la série de 1920 opérés, s'il n'était observé aucune mortalité, il était observé 14 complications locales ayant nécessité des réinterventions précoces par l'équipe, suivies de guérison (0,7%) :

- 3 infections superficielles traitées par antibiothérapie et débridement de l'incision ;
- 3 infections profondes traitées par antibiothérapie et ablation de la prothèse ;
- 4 hématomes sous traitement anticoagulant traités par évacuation et drainage ;
- 2 récives juxta-pubiennes traitées par refixation de la prothèse qui était désinsérée ;
- 2 douleurs résiduelles chroniques invalidantes traitées par ablation de la prothèse.

Les résultats à 10 ans des 98 opérés sélectionnés étaient obtenus par une enquête postale. 14 étaient perdus de vue malgré des recherches poussées notamment sur la toile (14,2%) dont 1 décédé et 5 porteurs de hernie bilatérale. Six opérés étaient décédés dont 1 était perdu de vue, mais l'entourage donnait des renseignements sur les 5 autres (6,1%)

Les résultats concernaient ainsi 84 opérés (dont 5 décédés et 15 porteurs de hernie bilatérale) soit 99 hernies. Douze opérés présentaient une gêne résiduelle chronique essentiellement à l'effort (12,2%), cette gêne étant douloureuse et continue dans 2 cas (2%). Une récive clinique était décrite par un des opérés dans sa réponse (1%) sans être ni examinée, ni réopéré en l'absence de toute gêne fonctionnelle. Le taux de satisfaction était ainsi de 97,6%, l'oubli de la hernie n'étant signalé que par 72 opérés (86,9%), les 12 autres ayant des douleurs résiduelles.

Discussion

La signification d'une étude rétrospective monocentrique est limitée eu égard à la valeur d'une étude prospective multicentrique avec tirage au sort des opérés inclus dans l'étude qui est reconnu comme fondement des meilleures preuves scientifiques en médecine (3). Sa valeur est celle de l'expérience homogène d'une équipe de chirurgie viscérale s'intéressant de façon non exclusive mais continue à cette pathologie.

L'intérêt du recul de 10 ans dans l'étude de l'efficacité d'un procédé de cure de hernie inguinale est discutable. La plupart des études, notamment multicentriques, s'essouffent au bout de quelques années de suivi. Il est observé que le risque de récive, avec quelque procédé que ce soit de cure de hernie inguinale chez l'adulte, augmente avec le temps (4). La décennie a paru dans ces conditions un délai d'observation raisonnable.

Le choix de l'abord antérieur de préférence à l'abord coelioscopique est simple, direct, logique, peu délabrant, sans danger pour les organes intra-abdominaux, compatible avec une anesthésie locale potentialisée et une hospitalisation en ambulatoire (5). Les complications en sont rares en raison de sa simplicité.

Le choix du procédé de Lichtenstein s'est fait progressivement. Longtemps adeptes du procédé de Bassini et de ses dérivés sous l'influence de leur formation chirurgicale, puis du procédé de Shouldice sous l'influence des associations de recherche en chirurgie (6), les auteurs ont évolué à partir de 1996 vers les procédés dit « sans tension » sous l'influence d'Edouard Pellissier (7). Après avoir essayé le procédé d'obturation du canal inguinal (PLUG), les auteurs l'ont rapidement abandonné au profit du filet qui l'accompagnait dans la livraison du fournisseur (MESH). L'obturateur paraissait peu anatomique et risquait de devenir gênant par sa transformation fibreuse de consistance très dure. Ce filet était fendu pour laisser passer le cordon spermatique chez l'homme, placé entre l'aponévrose du grand oblique, le *fascia transversalis* et

le tendon conjoint en complément de l'obturateur. Il a paru peu à peu pouvoir être utilisé seul en raison de son efficacité et de son caractère très anatomique. Ainsi, le procédé de Lichtenstein, inspiré de la technique décrite en 1950 par Zagdoun à l'Académie nationale de chirurgie, a-t-il supplanté l'obturateur à la fin de 1996 dans l'expérience des auteurs (8).

Le taux de « perdus de vue » de 14% est critiquable. Il était espéré que la clientèle opérée permette de le limiter davantage compte tenu de sa stabilité géographique et professionnelle supposée dans cette région de l'Île de France. Elle avait démenagé dans 33% des cas. Ce taux ne pénalise en fait guère le résultat final observé chez les 84 opérés retrouvés, la probabilité que les opérés perdus de vue aient la même qualité de résultat que les opérés retrouvés étant la plus raisonnable. Le taux de récive de 1% est par contre à mettre au crédit du procédé de Lichtenstein. Deux autres récives ont été observées et réopérées par l'équipe dans l'ensemble de la série mais ne font pas partie de cette étude.

Le taux de gêne résiduelle de 12,2% est également à mettre au crédit du procédé de Lichtenstein. Deux opérés décrivent des douleurs continues, très gênantes (2%) ; les autres décrivent des gênes occasionnelles, expliquant la bonne satisfaction d'ensemble (97,6%), le taux d'oubli de la hernie n'étant toutefois que de 86,9%.

L'absence de complication immédiate est également à mettre au crédit du procédé de Lichtenstein en raison de sa simplicité, le mettant à la portée de tout opérateur correctement formé

Conclusion

Avec un taux de récive à 10 ans de 1%, un taux de gêne résiduelle de 12,2% avec 2% de douleur chronique et un taux de satisfaction globale de 97,6%, les résultats à 10 ans du procédé de Lichtenstein confirment la valeur de celui-ci dans la cure de hernie inguinale chez l'adulte. Ces résultats militent en faveur de la généralisation de cette technique simple, sûre, efficace, facilement reproductible, répondant au mieux à la demande du patient souffrant d'une affection telle que fréquente qu'elle en est banale, tellement bénigne qu'elle ne souffre guère de complication postopératoire grave et tellement supportable qu'elle n'admet qu'un taux minimal de douleurs résiduelles et de récive. Ce procédé est une excellente réponse à la question de santé publique que pose la cure de hernie inguinale chez l'adulte.

Références

1. Pellissier E, Chiotasso P, Rohr S, Johanet H, Ngo Ph, Palot JP, Berrevoet F. La hernie inguinale en 2008. Académie Nationale de Chirurgie à Paris ; séance du 10 décembre 2008.
2. Fingerhut A. Comment juger les résultats de la cure chirurgicale des hernies inguinales. J Chir 2007;144:94-5.
3. Slim K, Vons C. Traitement chirurgical des hernies de l'aine. Résultats des essais randomisés et des méta-analyses. J Chir 2008;145:122-5.
4. Barrier A, Bounekar A, Boelle PY, Houry S, Lacaine F, Huguier M. Hernies inguinales: délais d'apparition des récives. J Chir 2007;144:125-7.
5. Millat B, la fédération de recherche en chirurgie. Cure de hernie inguinale chez l'homme. Etude randomisée multicentrique comparant coelioscopie versus chirurgie ouverte. J Chir 2007;144:119-24.
6. Hay JM, Boudet JM, Fingerhut A, et al. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard? A multicenter controlled trial in 1578 patients. Ann Surg 1995;222:719-27.
7. Pellissier E, Marre P. Le PLUG dans la hernie inguinale. J Chir 1998;135:223-7.
8. Marre P, Damas JM, Penchet A, Pellissier E. Traitement de la hernie inguinale de l'adulte : résultats des réparations sans tension. Ann Chir 2001;126:644-8.