

Actualités des plaintes en chirurgie herniaire

Complaints after Inguinal Hernia Cures

JH Alexandre, JE Clotteau

Université Paris-Descartes - 3, avenue Robert Schuman - 92100 Boulogne.

Mots clés

- ◆ Aspects médico-légaux
- ◆ Hernies inguinales : cures chirurgicales
- ◆ Plaintes après cures de hernies
- ◆ Décès après cure de hernie

Résumé

Propos : Nous avons recherché l'état actuel des plaintes après chirurgie des hernies inguinales en comparant celles survenant après chirurgie incisionnelle et celles survenant après chirurgie laparoscopique.

Matériel et méthode : Ont été étudiées 79 plaintes, recueillies pendant 11 ans (2003-2014) dans le registre d'une importante Compagnie d'Assurances (MACSF) Le chiffre de 79 plaintes est celui des seules plaintes traitées par la compagnie d'assurance, en la méconnaissance d'un nombre inconnu et bien plus important de dossiers négociés directement par les chirurgiens, les cliniques et leurs patients (règlements amiables).

Nous avons recueilli et comparé 43 plaintes après chirurgie ouverte et 36 après cure laparoscopique, en les rapportant au chiffre respectif de cures incisionnelles, 62 %, ou laparoscopiques, 38 %, colligées par le PMSI en 2013.

Résultats : Dans le groupe chirurgie ouverte, il y eut deux fois plus de plaintes pour neuralgies et atrophies testiculaires, mais aussi des plaintes pour récurrences et préjudices sexuels. Les décès après chirurgie ouverte (N=3) ont été moins fréquents que dans le groupe laparoscopique et attribués à des hernies étranglées ou à un choc cardiogénique.

Dans le groupe laparoscopique on a relevé deux fois plus de plaintes, celles-ci étant liées à des causes très différentes : perforations viscérales, hémorragies, abcès profonds, hématomes, migration de matériel et récurrences. On a aussi relevé quatre fois plus de plaintes après décès (N=6) dont les causes semblent être en relation avec les risques vitaux particuliers connus de cette technique.

Pour réduire le nombre de plaintes en chirurgie ouverte, des efforts doivent être faits pour mieux préserver les nerfs de la paroi et les éléments du cordon spermatique.

Quant à la technique laparoscopique, vu la dangerosité de sa gestuelle, elle semble devoir être réservée aux seuls chirurgiens rompus à cette technique, car des décès pour une pathologie bénigne apparaissent inexplicables pour les familles et conduisent souvent au Tribunal.

Keywords

- ◆ Litigation
- ◆ Hernia: medicolegal aspects
- ◆ Inguinal hernia cures
- ◆ Complaints after hernia cures

Abstract

Purpose. In comparison with the complications occurring after inguinal hernia repairs, we studied the respective numbers and causes of complaints after open or laparoscopic surgery.

Materials and methods. 79 complaints were investigated, collected for eleven years (2003-2014) in the registry of a major Insurance French Company (MACSF) This number is the remaining of a high number of unknown complaints treated between surgeons, clinics and complainants (by amicable settlements):

For inguinal hernia cures, the respective percentages of the techniques in France, was in 2013, was: 62% patients operated by open surgery, 38% by laparoscopic surgery.

We studied the complaints in two groups:

- after open surgery 43 complaints;
- after laparoscopic surgery 36 complaints.

Results. In the open group the largest number of complaints was to neuralgias, testicular atrophy, but also we discovered complaints for recurrence and sexual disorders. The complaints after deaths (N=3) were less frequent than in lap-group and their causes related to strangulated hernias and cardiogenic shock.

In the laparoscopic group there were twice more complaints than in open group, and related to very different causes: visceral perforations, hemorrhage, deep abscesses, material migration, recurrences. There were four times more death complaints (N=6) and their causes could be related to surgical maneuvers.

To reduce the complaints number, efforts should be proposed in open surgery to better protect the nerves of the wall and the cord's elements. It appears that the laparoscopic surgery, given the dangerousness of his gesture, should be employed

only by the most experimented surgeons, because for an hernia, as a benign disease, deaths are inexplicable to the families and readily lead to the criminal Court.

Correspondance :

Jean-Henri Alexandre

Université Paris-Descartes - 3, avenue Robert Schuman - 92100 Boulogne.

E-mail : jha.alex@gmail.com

Disponible en ligne sur www.acad-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2015 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2015.3.084

Si l'on connaît à travers les publications le pourcentage moyen de décès (0-05 %), et de complications (4-10 %) graves ou moins sévères qui émaillent la chirurgie des hernies inguinales, il y a peu de publications qui révèlent, chiffres à l'appui, le nombre de plaintes déposées et les suites qui leur sont données.

Par contre on connaît des chiffres du passé concernant les plaintes pour douleurs post-opératoires et atrophies testiculaires qui avoisinaient 50 à 60 % de toutes les plaintes, en l'absence, alors, de plaintes pour récurrence, au moment où pourtant celles-ci dépassaient les 30 %.

Chaque type d'intervention ajoute aux complications communes auxquelles elle expose, les siennes propres, entraînant un risque particulier de plaintes. Il existe en effet de grandes différences de types de complications, donc de plaintes selon les techniques chirurgicales utilisées, les types d'anesthésies et les matériels utilisés.

Techniques ouvertes, incisionnelles les plus fréquemment utilisées :

- opération de raphie simple comprenant des surjets antérieurs en « aller-retour » selon Shouldice ;
- cure avec prothèse non résorbable en position transinguinale préperitonéale (TIPP) selon Rives avec diverses modifications ;
- cure avec prothèse non résorbable placée en site antérieur selon Lichtenstein ;
- cure avec prothèse à deux étages « Prolene Hernia System » (PHS) ;
- opération de Stoppa, avec mise en place par voie médiane d'une très grande prothèse préperitonéale pour renforcement inguinal bilatéral.

Techniques laparo-chirurgicales, nées après 1990 :

- la Technique transabdominale préperitonéale (TAPP) place une prothèse en site retromusculaire et préperitonéal après pneumopéritoine et section-dissection du péritoine ;
- la Technique Totale extrapéritoineale (TEP) place la prothèse par voie extrapéritoineale, sans pneumopéritoine

Les plaintes peuvent être en rapport avec les divers types de matériels utilisés : prothèses (200 sortes différentes en 2015) et les moyens de fixations (fils, agrafes, colles, prothèses agrippantes).

Objectifs de cette étude

Nous avons recherché s'il existait une différence entre les plaintes relatives à la chirurgie ouverte et celles déposées après laparo-chirurgie : nous avons été surpris par une réponse très nettement significative.

Les critères actuels de succès pour le chirurgien après cures de hernies sont devenus plus exigeants : la non-récurrence reste certes l'enjeu premier, mais il est suivi de très près par l'impératif de réduction du nombre des douleurs post-opératoires, et la qualité de vie (1-3).

En matière de récurrences après cure de hernie, de très importants progrès ont été accomplis au cours des 15 dernières années : le pourcentage actuel de récurrences est de 1 à 2 % après cures avec prothèse, et de 3 à 6 % après raphies simples, dont il persiste d'indiscutables indications. Le résultat global est très satisfaisant lié au pourcentage de plus en plus élevé de cures prothétiques réalisées en France : il est de 90 % en 2013.

Les patients sont devenus de plus en plus exigeants en cas de complications chirurgicales, ou événements indésirables, ce qui est consacré par une judiciarisation globale accrue : on pouvait donc s'attendre à un nombre très élevé de plaintes en matière de cures de hernies. Les chiffres que nous rapportons témoignent pourtant d'une modération des litiges en dehors des cas de complications sévères et des décès.

Matériel d'étude

Nous avons recueilli et analysé 79 plaintes après cures de hernies inguinales publiées dans les rapports d'activité annuels par le groupe d'assurances « MACSF-le SOU Médical », relatives à l'activité, selon la Compagnie d'Assurance, des 2/3 des chirurgiens viscéralistes libéraux.

Ces plaintes ont été recueillies entre 2003-2014, période de onze années qui dépasse largement celle de la courbe d'apprentissage de la laparo-chirurgie, les indications et choix en matière de techniques utilisées étant bien établis parmi celles-ci pour chaque chirurgien.

Durant les cinq dernières années le chiffre total recensé de hernies opérées en milieu hospitalier et pratique libérale dans notre pays a varié entre 140.000 et 150.000.

Le PMSI (Programme Medicalisé des Systèmes d'Information) nous révèle qu'en 2013, 143.000 cures de hernies inguinales ont été répertoriées et que parmi : 61,4 % l'ont été par voie incisionnelle, 38,6 % par voie laparoscopique, ce dernier pourcentage étant en légère croissance d'année en année et actuellement plus élevé que dans bien d'autres pays.

Les 79 plaintes que nous avons étudiées sont à mettre en rapport avec un chiffre de 60.000 interventions réalisées chaque année par les chirurgiens libéraux affiliés à la MACSF, ce qui représente un chiffre estimé moyen de 65 cures de hernies opérées par an par chaque praticien.

A priori ce chiffre de 79 plaintes apparaît faible et plutôt rassurant: il ne tient pas compte d'un plus grand nombre de reproches et plaintes traités directement entre plaignant, chirurgiens et établissements de soins, chiffre flou estimé à plus de deux mille par an dans notre pays.

Seuls 100 à 120 dossiers, selon les années, sont réellement déposés par les chirurgiens à leur assurance et sont parfaitement connus.

Ces dossiers se traitent dans 75 % des cas par « entente amiable » entre les assurances et les avocats de chaque partie, l'Indemnisation étant acceptée par chaque partie.

25 % seulement des litiges sont traités, jugés, par les Tribunaux ou les Comités de Conciliation et Indemnisation (CCI) et l'Organisme National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) créés en 2002.

Types de plaintes

Nous avons séparé les plaintes en deux groupes :

- Après chirurgie ouverte n= 43 ;
- Après chirurgie laparoscopique n=36.

Plaintes après chirurgie ouverte : nombre 43

- 13 pour neuralgies dont neuf permanentes, avec atteinte du nerf latéral cutané une fois avec atrophie testiculaire deux fois, atteinte des nerfs crural deux fois, génito-crural une fois ;
- 13 pour atrophies testiculaires dont 12 unilatérales ;
- 6 plaintes pour récurrence : un cas avec neuralgie, une récurrence de hernie bilatérale ;
- 3 plaintes pour suppurations dont deux superficielles et une rétro-musculaire ;
- 2 lymphocèles dont un infecté ;
- 2 plaintes pour compresses oubliées, après 9 et 18 ans ;
- 1 pour hématome scrotal suivi de choc cardiogénique et de plainte pour décès ;
- 1 plainte pour oligospermie ;
- 3 plaintes pour décès.

Il y eut deux décès après cures de hernies étranglées (où l'anesthésiste est aussi mis en cause), un décès après hématome scrotal, choc cardiogénique chez un sujet âgé.

Plaintes après laparo-chirurgie : nombre 36

- 8 plaintes pour perforations intestinales (grêle : 6, colon : 2) ;
- 5 pour hémorragies, deux intra-péritonéales (épiploon, estomac), trois hématomes importants ayant entraîné des récidives herniaires ;
- 4 pour neuralgies, trois permanentes dont deux crurales, une génito-crurale, après TAPP ;
- 3 pour abcès profonds ayant entraîné deux chocs : dont deux infections gangréneuses, une fistule caecale ;
- 2 pour migrations de prothèses et de clips ;
- 1 pour lymphorrhée ;
- 3 pour atrophies testiculaires unilatérales ;
- 2 pour récurrence, une après un hématome, une accompagnée de neuralgie ;
- 1 pour compresse oubliée avec abcès ;
- 1 pour paraplégie succédant à une épидурite, après rachianesthésie.

Il y eut 6 plaintes pour décès :

- 3 après abcès profonds : en causes : une diverticulite, un étranglement herniaire, une perforation caecale avec gangrène gazeuse ;
- 1 plainte après infarctus intestino-mésentérique ;
- 2 plaintes après hémorragies sévères obligeant à réinterventions.

Comparaison entre les deux groupes

Il y eut apparemment moins d'atrophies testiculaires dans le groupe laparoscopique (3/13).

On a recensé deux fois moins de neuralgies dans le groupe laparoscopique (4/13).

Par contre on a relevé deux plaies vasculaires majeures et huit perforations intestinales dans le groupe laparoscopique, trois infections profondes graves.

Il en découle :

- dans le groupe laparoscopique, le nombre de plaintes a été près du double ;
- le nombre de plaintes pour décès a été quatre fois plus important dans le groupe laparoscopique ;
- la cause des décès a été, on l'a montré, très différente : hernies étranglées (2) et sujet cardiaque âgé avec choc cardiogénique(1) en cas de chirurgie ouverte, et hémorragies sévères (2), sepsis graves (3) et infarctus intestino-mésentérique(1) après laparoscopie.

Il est à noter qu'il n'y a eu aucune plainte pendant ces onze années pour cure ambulatoire de hernie, fait intéressant sachant que le nombre de patients ainsi opérés est progressivement croissant dans notre pays.

Ces chiffres recueillis dans les registres de l'assureur « MACSF-SOU Médical » concordent parfaitement avec ceux émanant du « England National Health Service Litigation Authority », publiés dans Hernia (2010) (4) où, à propos de 398 plaintes déposées en 14 ans, 40 % des plaintes proviennent d'atrophies testiculaires et de douleurs chroniques, et où sont données pour « habituellement profitables au plaignant au tribunal les plaintes pour accidents vasculaires et viscéraux liés à la laparo-chirurgie ».

Destinée des Plaintes

Dans notre pays, 75 % des plaintes adressées aux chirurgiens et transmises aux compagnies d'assurances sont traitées de façon « amiable », entre les compagnies d'assurances leurs avocats et leurs conseils.

25 % des dossiers sont traité de façon « judiciaire » et la répartition se fait de façon partagée : les tribunaux civil (le plus souvent) et pénal traitent 55 % des plaintes, le CCI et l'ONIAM 45 %, chiffres se rapprochant cette dernière année de 50 %-50 %.

Au Pénal aboutissent essentiellement les plaintes pour décès : les chirurgiens y ont été condamnés dans 45 % des cas au cours des trois dernières années.

Au Civil aboutissent la majorité des plaintes en justice : les chirurgiens y ont été condamnés dans 60 % des cas.

D'autres plaintes peuvent être adressées au Conseil de l'Ordre des Médecins qui statue surtout sur l'éthique ou, en cas de litiges en milieu hospitalier, auprès du Tribunal administratif. Nous n'avons pas eu accès à de tels dossiers.

Faute ou aléa

Que ce soit en Justice ou en cas de procédure amiable, le problème est le même : définir si le geste ou la plainte invoqués représentent une faute à rapporter de façon certaine et exclusive à l'acte chirurgical effectué ou au contraire représente une complication non fautive, un aléa.

L'analyse des jugements, ou des règlements non judiciaires des litiges en matière de plaintes après cures de hernies, nous a appris que de nombreux facteurs influent grandement sur les décisions, lesquelles sont loin d'être automatiques ou identiques pour une même complication (par exemple : une atrophie testiculaire ou des douleurs).

En voici les principales variables :

- gravité de la plainte : douleurs, perforation intestinale, atrophie testiculaire, infection, invalidité, décès ;
- les circonstances de l'accident survenu (en urgence, à froid, en chirurgie ambulatoire) ;
- la notion de retard en la découverte de la complication ou de son traitement ;
- le type de patient concerné (homme ou femme jeune, travailleur de force, ou sujet âgé, retraité, désir de paternité) ;
- les conclusions du rapport de l'expert (et l'on sait que le juge peut ne pas les suivre) ;
- type of procédure (amiable, justice, CCI) ;
- la plus ou moins grande pugnacité du juge, de l'avocat ou de l'assureur !

Notre observation nous a ainsi conduits à constater que pour une même complication à l'origine de la plainte, la décision a pu se révéler totalement différente : faute ou aléa, ou simplement perte de chance. Il nous est apparu que les procédures amiables ne favorisaient pas toujours les patients.

Il en découle des évaluations des dommages et des coûts de procédure très différents : par exemple pour une même « atrophie testiculaire » il a été jugé « complication non fautive » ou perte de chance, et dans d'autre cas : « faute » avec indemnisation accordée de 3000€.

Citons quelques exemples d'indemnités accordées, qui s'ajoutent aux frais élevés des procédures, ce qui tient lieu de justification de l'augmentation des primes annuelles demandées aux chirurgiens par les assurances : de 16.000€ à 28.000€ en France, et bien davantage pour certaines spécialités (gynécologie) où les indemnisations peuvent s'élever à des millions d'euros.

Exemples d'indemnités après cures de hernies ou coûts :

- défaut du consentement éclairé : 3-10.000 €
- perte d'un testicule : 3-10.000 €
- infection grave : 16-30.000 €
- deux interventions après complication : 26.000 €
- péritonite après laparo-chir. : 50-120.000 €
- un mois d'hospitalisation : coût : 30-50.000 €
- indemnité d'ayant droits après décès : 126.000 €

Peut-on éviter les plaintes

Pour éviter les plaintes, les litiges, il peut ne pas être inutile pour des chirurgiens qui n'ont pas encore été concernés par les incidences médico-légales de leurs actes, de rappeler sommairement certaines mesures susceptibles de réduire le nombre de plaintes.

En préopératoire

Établir un dialogue confiant avec le patient est primordial, en lui précisant l'indication formelle à opérer : l'on sait que certaines hernies, chez des sujets à risque, pouvant ne pas évoluer, l'abstention (watchful waiting) peut se révéler être une bonne décision : cela ne représente pas une faute.

Un consentement éclairé « complet et compréhensible » s'impose dans tous les cas surtout pour un acte comme la hernie souvent considéré abusivement comme « banal » et devant, aux yeux de beaucoup de patients, ne pas poser de problème opératoire ou post opératoire.

Nous conseillons un consentement éclairé « écrit » délivrant au moins huit jours avant l'intervention un vrai document stipulant ; l'indication, les bénéfices, les alternatives, les risques locaux et généraux en complications ou événements indésirables (5). L'opérateur doit bien préciser la ou les voies d'abord, l'incision (lieu et taille) et en cas de laparo-chirurgie ce qu'est cette technique en ne minimisant pas ses risques propres que le patient volontiers instruit par d'Internet croit vraiment être « mini-invasive », alors qu'elle est génératrice potentielle de décès. Il faut parler du pneumopéritoine, des trocars, de l'éventualité d'une conversion.

Le mode anesthésique doit être précisé, avec ses risques, et décrire le chemin clinique et le suivi proposé, surtout en cas de chirurgie ambulatoire.

En peropératoire

Des précautions « anti-plaintes » doivent être prises : la technique opératoire se doit bien sûr d'être irréprochable, (il faut effectuer celle que l'on connaît le mieux) rigoureuse, respectant les Guidelines, les Recommandations : le tout doit être consigné dans un compte-rendu opératoire exhaustif et personnalisé : relatant par exemple le respect ou non des nerfs, une hémostase ou une suture nécessaires au cours d'une manœuvre, ou tout accident qu'il ne faut surtout pas masquer.

En post opératoire

Sachant que la majorité des complications surviennent un, deux ou trois jours après l'acte chirurgical, surtout à l'ère de la chirurgie d'un jour ou de la chirurgie ambulatoire, après la sortie du patient, il faut absolument rester en contact avec lui : le plus sûr est de lui fournir votre numéro de téléphone portable, ce qui peut éviter les transmissions oubliées d'un établissement ou d'un médecin surchargé. Cela permet en cas d'incident d'être averti tôt, et d'éviter tout retard à déceler et traiter une complication telle que nous en avons observé en tant qu'expert : une hémorragie, une péritonite, une occlusion.

Pour tout geste, acte, il est fortement conseillé de consigner le tout par des écrits. Les avocats, le juges, en cas de litige, ne s'appuient que sur des documents. Ceux-ci se doivent d'être parfaitement consignés, de façon journalistique et honnête, susceptibles ainsi d'être les efficaces boucliers du chirurgien, ses solides éléments de défense en cas de litige.

Les anglo-saxons résumant parfaitement ces conseils

« What was not documented was not done
Good records means good defense,
Bad records means bad defense,
No records means no defense ».

« Ce qui n'a pas été consigné dans un rapport n'a pas été effectué !

De bons rapports signifient : de bons moyens de défense.

Gestes effectués mal consignés signifient : mauvais moyens de défense

Gestes et faits non consignés signifient : aucun moyen de défense ».

En cas de procès en effet les moyens de défense du chirurgien reposent avant tout en son dossier médical où tous ses actes doivent y avoir été consignés. S'y ajoutent les dossiers des anesthésistes, des infirmiers de jour et de nuit, ou de tout intervenant en cas de complication. Ces documents sont utilisés en premier lieu par le ou les experts nommés par le juge, leur permettant de déposer leurs conclusions, et d'aider les avocats à fonder leur plaidoirie. L'on sait que le juge peut accepter ou refuser les conclusions des experts.

Une grande majorité des plaintes des patients provient de l'insuffisance de renseignements fournis par le chirurgien à son patient et à sa famille en cas de complication : il faut en telle circonstance entretenir un dialogue explicatif avec chacun, ne rien camoufler (les écrits des anesthésistes et des infirmiers révèlent toujours les incidents per ou post opératoires qui auraient été cachés) Le chirurgien doit aussi montrer très présent, patient à recevoir les reproches et « compassionnel », excellents moyens d'éviter une procédure.

Conclusion

L'étude de 79 plaintes après cure de hernies a confirmé qu'en cas de chirurgie ouverte - qui reste la technique la plus répandue en France (62 % des cas), plus de 50 % des plaintes le sont pour des neuralgies post-opératoires et des atrophies testiculaires : cela fait réfléchir à l'attitude la meilleure à adopter vis-à-vis du cordon et des nerfs (respect, section, écartement), et quant au meilleur site pour placer les prothèses (prémusculaire comme dans le Lichtenstein ou préperitonéal) afin qu'elles ne soient pas à l'origine de conflit. Les seuls décès en ce groupe sont apparus liés à des cures de nécessité chez des patients non récusables, comme les hernies étranglées vues tardivement, à grand risque vital.

Dans les deux groupes, fait nouveau, on a relevé des plaintes pour récidives.

Dans le groupe des patients opérés par laparo-chirurgie, on a rapporté un nombre deux fois plus élevé de plaintes, et quatre fois plus de plaintes pour décès ; la cause des plaintes après complications graves (plaies vasculaires et viscérales) ne pouvant être rapportée qu'à la gestuelle requise.

Faut-il alors réserver cette technique aux seules mains des chirurgiens les plus experts car avoir exposé un patient à un risque vital connu pour traiter une hernie, affection bénigne, peut paraître en cas de litige comme totalement disproportionné.

Discussions en séance

Commentaire de P Breil

Je suis persuadé que cette séance va marquer un tournant dans le choix des techniques chirurgicales appliquées aux hernies inguinales. La communication de JH Alexandre pose une vraie question : doit-on encore accepter une mortalité imputable au choix de la technique chirurgicale dans une chirurgie pariétale bénigne ?

Pour illustrer cette question, je vous présente le résumé

d'une affaire pénale récente au cours de laquelle un patient présentant un antécédent de cure de hernie inguinale par laparoscopie T.A.P. et pour laquelle a été décidé une cure laparoscopique par T.E.P. est décédé des suites d'une plaie de l'axe veineux ilio-fémoral. L'hémostase par voie inguinale n'a pas pu être réalisée et elle n'a été obtenue que par un abord en laparotomie après transfusion sanguine massive. Le décès est survenu dans un tableau d'instabilité circulatoire et de défaillance multiviscérale.

Cet exemple est dramatique et corroboré par ce que lisent nos patients sur internet.

Que trouvent-on sur ce media : on y lit que la laparoscopie nécessite une anesthésie générale, expose aux risques liés aux trocarts et entraîne des décès rares mais inacceptables.

On y trouve également l'affirmation suivante : « *Il s'agit d'une technique difficile, source de récurrences, de douleurs chroniques en rapport avec la nécessité de fixation des prothèses, de blessures vasculaires, d'occlusions, de rétentions d'urine...* ». Si l'on reprend les différents éléments énoncés, il est indéniable que la laparoscopie impose une anesthésie générale avec intubation, ce qui nécessite l'injection de curare or ce dernier une allergie une fois sur 6500 cas avec 10% d'arrêts cardio-respiratoires et une mortalité de 5 à 7%. En comparaison, l'allergie aux anesthésiques halogénés, utilisée en chirurgie ouverte, est nulle et l'allergie aux anesthésiques locaux n'intervient que dans moins de 1% des cas. En ce qui concerne les risques liés aux trocarts, les plaies digestives sont présentes dans 0,05 à 0,08% des cas, la mortalité de ces complications n'a pas été colligée ; en revanche les plaies vasculaires, en particulier au niveau des gros vaisseaux, surviendraient dans une fourchette de 0,004 à 0,04% soit 2 à 18 cas par an en France sur 46000 hernies opérées par laparoscopie ! Et encore faudrait-il que cette statistique, tirée d'une méta-analyse, soit exacte. La mortalité des plaies vasculaires est évaluée de 4 à 13% des cas.

A l'opposé les techniques de chirurgie herniaire par abord direct ne comportent pas de risques de lésions dues aux trocarts et sont réalisables sous anesthésie générale sans intubation (masque laryngé) et sans curare.

Il n'est pas de mon propos de condamner la laparoscopie en matière de cure de hernie mais je voulais insister à la suite de l'article de JH Alexandre sur l'existence d'une mortalité imputable à la technique ; il s'agit bien sûr d'un risque marginal qui échappe à la logique des essais randomisés, donc à la logique des recommandations, mais ce risque du fait de sa gravité potentielle peut demeurer inacceptable surtout s'il est évitable.

En conclusion dans une optique de santé publique et de prévention du risque, je poserais la question suivante : faut-il du fait de sa mortalité et de sa morbidité propre reconsidérer la place de la laparoscopie en chirurgie herniaire ? Cette question se posera aussi longtemps qu'il n'aura pas été démontré que la laparoscopie apporte un avantage décisif sur les techniques ouvertes en terme de douleurs et de récurrences.

Questions d'E Estour

Les complications de la chirurgie laparoscopique peuvent-elles être imputables à un défaut de compétence en coelioscopie ? Les complications de la coelioscopie peuvent-elles permettre de rejeter cette technique ?

Réponses

Il est difficile à postériori, en cas de complication apparue lors d'une intervention, de parler d'incompétence en coelioscopie, car même les chirurgiens plus compétents peuvent parfois avoir à corriger certains de leurs gestes.

Par contre la question se pose, vu la dangerosité connue des gestes de laparochirurgie, de l'indication en toutes mains, pour une affection bénigne comme la hernie d'une technique qui expose par chaque trocart introduit ou tout geste instrumental à un risque vital. Comment peut-on expliquer une mort pour hernie à une famille ?

Question d'H Johannet

Le temps le plus dangereux de la coelioscopie quel que soit la technique n'est-il pas avant tout la création du pneumopéritoine ?

Réponse

En effet, tous les chirurgiens pratiquant la technique laparoscopique savent que c'est souvent lors de la réalisation du pneumopéritoine ou lors de l'introduction du premier trocart que peuvent survenir les complications les plus redoutables.

Commentaire de P Montupet

Notre séance « Chirurgie des hernies de l'aine, que reste-t-il à améliorer ? », a laissé délibérément de côté les hernies de l'enfant, différentes de celles de l'adulte qui a été un sujet très bien traité.

Les hernies inguinales de l'enfant ne sont pratiquement jamais un problème de "paroi", elles sont toujours liées à une patence du canal péritonéo-vaginal chez le garçon ou du canal de Nüeck chez la fille. Concernant leur diagnostic, il est toujours clinique à l'occasion d'une ou plusieurs extériorisations, le plus souvent spontanément réductibles. L'indication opératoire, qui vise seulement à fermer l'anneau inguinal interne sans ablation de sac herniaire, est systématique. En revanche il n'est jamais mis en place de prothèse car le problème n'est pas pariétal. La douleur post-opératoire est quant à elle pratiquement anecdotique. La cure de hernie de l'enfant est la plus fréquente des indications chirurgicales en pédiatrie, elle a un taux de guérison définitive de près de 98% sans séquelle. Cependant, plusieurs problèmes gardent leur actualité concernant les hernies inguinales pédiatriques : - la bilatéralité : elle concerne 16% environ des patients alors même que la symptomatologie préopératoire a été le plus souvent unilatérale; d'où le risque de chirurgies itératives - le risque d'atrophie testiculaire : complication rare et grave parce que dans la plupart des cas post-opératoire et iatrogène (< 0,5%), plutôt que liée à un étranglement herniaire prolongé - enfin la pratique coelioscopique, pourtant bien décrite mais encore peu répandue dans cette indication; elle présente les avantages du diagnostic certain des bilatéralités et celui de ne pas avoir à disséquer le canal péritonéo-vaginal dans le cordon spermatique grêle du petit garçon.

Ce sont donc seulement des complications rares, atrophies testiculaires ou accidents liés à une technique laparoscopique rendue dangereuse par un défaut de pratique, qui sont communes aux chirurgiens d'adultes et aux chirurgiens pédiatriques. Elles ont été commentées au cours de la séance; mais des spécificités pédiatriques, qui n'avaient pas été mentionnées lors de la discussion, méritaient de l'être à l'occasion du PV de validation par l'Académie.

Références

1. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*. 1994;343:1609-13.
2. Shiwani MH, Gosling J. Variations of the quality of consent for open mesh repair of inguinal hernia. *Hernia*. 2009;13:73-6.
3. Poobalan AS, Bruce G, King PM, Chambers WA, Krukowski ZH, Smith WH. Chronic pain and quality of life following inguinal hernia repair. *Br. J. Surg*. 2001;88:1122-6.
4. Alkhaffaf B, Decadt B. Litigation following groin hernia repair in England. *Hernia*. 2010;14:181-6.
5. Hoosein MM, Towse H, Conn G, Stocker DL. Consenting practice for open inguinal hernia repairs- are we failing to warn patients of serious complications? *Ann R Coll Surg England*. 2008;90:643-6.