

Comment opérer une hernie de l'aine en 2015 : état des pratiques en France à partir des données du PMSI

Cures for Groin Hernia in France in 2015: Results of the National Databasis

Hubert Johanet

Chirurgie viscérale et digestive - Clinique de Turin - 719, rue de Turin - 75008 Paris.

Mots clés

- ◆ Hernie
- ◆ Inguinale
- ◆ PMSI

Résumé

Les données du PMSI (Programme Médicalisé des Systèmes de Santé) selon les dernières données disponibles de 2013, montrent que si le chiffre global de cures de hernies de l'aine n'augmente pas. En revanche, le taux de recours à la prise en charge en ambulatoire croît rapidement passant de 7,3 % en 2007 à 49,48 % en 2013, atteignant même pour certains établissements 62,1 % pour une cure unilatérale opérée par abord coelioscopique. 89,6 % des cures comportent la mise en place d'une prothèse, tous âges confondus. Deux cures unilatérales sur 3 sont réalisées selon la technique de Lichtenstein ; inversement, 2 cures bilatérales sur 3 sont réalisées par coelioscopie. Les pratiques sont conformes aux recommandations.

Keywords

- ◆ Hernia
- ◆ Inguinal
- ◆ National Databasis

Abstract

The data of 2013 French National Databasis, last available data, show that the global number of cure is stable. But, ambulatory surgery is growing fast with 7,3% of cures in 2007 and 49,48% in 2013, reaching in some surgical centers 62,1% for laparoscopic unilateral cure. 89,6% of cures used mesh, whatever age of patients. Two thirds of unilateral cures use Lichtenstein technique; conversely, two thirds of bilateral cures use laparoscopic way. The practice is accorded with guidelines.

Les dernières données disponibles du PMSI (1) sont celles de l'année 2013, puisque l'exhaustivité des données n'est disponible qu'au cours de l'été de l'année suivante. Les données sont analysables par acte ou par séjour. La précision « urgence » présente est reconnue comme peu fiable en fonction des renseignements fournis, pas toujours précis sur ce point. De même, les renseignements concernant les comorbidités et les complications, sont variables d'un établissement à l'autre, fonction de la sagacité variable des médecins intervenants. Pour ce travail, les recherches ont été menées par acte (2). Ainsi, il est ici impossible de différencier parmi les actes par coelioscopie, les voies totalement extra péritonéales (TEP) des voies trans-abdomino-prépéritonéales (TAPP) ; de même, il est impossible de différencier sous l'appellation d'opérations de Lichtenstein des diverses interventions type transinguino-prépéritonéales (TIPP) ; l'intervention de Stoppa reste individualisée par son code.

Résultats

Les chiffres globaux montrent que le nombre d'interventions pour cure de hernie n'augmente pas, voire diminue puisqu'il était en 2013 de 142 451, alors qu'en 2011, il était de 150 955. Cela peut être analysé en fonction du taux de recours

pour 1 000 habitants, celui-ci était de 2,22 en 2007, 2,19 en 2011, et 2,16 en 2013 (3).

Parallèlement, le taux de recours en urgence pourrait augmenter, il était de 2,5 % en 2007, il est passé à 3,4 % en 2011, mais on sait que ces données concernant la prise en charge en urgence dans les bases PMSI, sont sujettes à caution en fonction de la vigilance du codage des opérateurs et des médecins du Département d'Information Médicale (DIM).

Par ailleurs on observe que le taux de cure bilatérale diminue régulièrement, celui-ci était de 17,1 % des interventions en 2007, 16,6 % en 2011, il est de 16,4 % en 2013.

L'évolution majeure est l'augmentation très significative de la prise en charge de l'ambulatoire puisque 7,3 % des interventions ont été menées en ambulatoire en 2007, ce taux est en 2013, de 49,48 %.

Cela s'explique par la multiplication des recommandations médicales, qu'il s'agisse de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD), Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), Haute Autorité de Santé (HAS), et plus spécifiquement pour les hernies de l'European Hernia Society (EHS). Par ailleurs les contre-indications à la chirurgie ambulatoire sont très rares, de plus, les tutelles ont développé des mécanismes incitatifs efficaces, et enfin ce qui est important cette prise en charge rejoint l'accord des patients. Parallèlement il a été démontré qu'il existe significativement moins de réadmissions dans les 30 jours après une prise en charge en ambulatoire

Correspondance :

Dr Hubert Johanet

Chirurgie viscérale et digestive - Clinique de Turin - 719, rue de Turin - 75008 Paris.

Tel : 01 30 75 28 29—E-mail : hubert.johanet@wanadoo.fr

Disponible en ligne sur www.acad-chirurgie.fr

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

DOI : 10.14607/emem.2015.4.030

par rapport à une prise en charge en hospitalisation ; les bases PMSI 2011 montrent que sur 48 346 cures réalisées en ambulatoire, il y a eu 1,4 % de réadmission dans les 30 jours, la prise en charge en ambulatoire représentant un risque relatif de réadmission de 0,78, il s'agit d'une différence significative par rapport aux 74 606 cures réalisées en hospitalisation ou le taux de réadmission en fonction de la gravité du patient ou de la pathologie était de 2,4, à 27,84 %, le risque relatif étant dans ce groupe de 1 à 1,88. Globalement cela permet de rappeler que le taux de réadmission après une cure de hernie inguinale à J 30, est de 3,8 %, avec une mortalité de 0,20 %, pour une population dont l'âge médian est de 61 ans (4). Cette mortalité, pour une opération réalisée pour une pathologie bénigne, représente environ 300 morts par an. Elle est loin d'être négligeable ; il y a deux explications : la survenue de décompensations de pathologies intercurrentes à l'occasion de la cure et surtout la cure de hernies négligées : interventions en urgence chez des patients très âgés (hernie crurale étranglée de la centenaire par exemple) ou très volumineuses hernies inguinoscrotales. Cela souligne la nécessité de ne pas laisser évoluer cette pathologie vers des présentations compliquées.

Concernant la prise en charge en ambulatoire en fonction des interventions, celle-ci a représenté 47,9 % de la mise en place de prothèse par voie conventionnelle, et 57,8 % de la mise en place de prothèse par voie coelioscopique. Ce taux d'ambulatoire est variable comme on le voit en fonction des interventions, et du caractère uni ou bilatéral de la cure. Lorsque la prothèse est mise en place par voie ouverte, les taux d'ambulatoire sont respectivement pour une cure unilatérale, de 50,1 %, et pour une cure bilatérale, de 25,1 % ; concernant la mise en place de prothèse par voie coelioscopique, les taux sont respectivement de 62,1 %, et 46 %. Parallèlement pour les patients non pris en charge en ambulatoire, les durées d'hospitalisation diminuent, puisque pour une cure unilatérale, la durée d'hospitalisation moyenne est passée de 3,82 jours en 2005, à 2,3 jours en 2013, et que pour une cure bilatérale, la durée est passée de 4 jours en 2005 à 2,45 jours en 2013.

La mise en place de prothèse gagne du terrain, mais les techniques par raphie simple font de la résistance : le taux de mise en place de prothèses pour cure de hernie inguinale en 2007 est de 82,4 %, en 2011 celui-ci était de 87,8 %, en 2013 il est de 89,6 % ; néanmoins la suture fait de la résistance puisqu'en 2013, il a été réalisé 14732 cures sans prothèse, or dans cet effectif, moins de 4500 patients opérés avaient moins de 19 ans, cela suggère qu'environ 7 % des cures chez l'adulte

ont été réalisées sans mise en place de prothèse, et qu'il s'agit d'interventions non conformes aux recommandations de l'EHS dans les cas d'interventions à froid.

Les différentes techniques de pose de prothèses se répartissent respectivement en 66 832 cures selon Lichtenstein ou TIPP pour une cure unilatérale, 7158 interventions de Lichtenstein ou TIPP pour une cure bilatérale, 34 525 abordos coelioscopiques pour une cure unilatérale, 13 025 abordos coelioscopiques pour une cure bilatérale, les cures selon Stoppa étant respectivement de 2100 pour une cure unilatérale et de 1294, pour une cure bilatérale.

L'abord coelioscopique progresse, puisque parmi les interventions avec mise en place de prothèse, les interventions de Lichtenstein représentaient en 2007, 64,9 % des interventions, et en 2013, 59,2 % ; l'abord coelioscopique en 2007 représentait 31,2 % des interventions, et en 2013, 38,6 %. Enfin l'intervention de Stoppa est passée de 3,9 %, en 2007, à 2,7 % en 2013. Le choix de la technique varie en fonction du caractère uni ou bilatéral de la cure, puisque pour une cure unilatérale, 64,5 % des cures ont été réalisées selon Lichtenstein, et 33,37 % par coelioscopie. Pour une cure bilatérale les taux s'inversent : 33,32 % des cures ont été réalisées selon Lichtenstein, et 60,6 % par abord coelioscopique. Le taux d'intervention selon Stoppa était de 2,2 % pour les hernies unilatérales et de 6,2 % pour les hernies bilatérales.

Conclusion

La pratique est conforme aux recommandations, la prise en charge en ambulatoire augmente rapidement, la mise en place des prothèses est recommandée et réalisée chez 93 % des adultes, l'abord coelioscopique progresse en fonction de l'expertise du chirurgien, en particulier pour les cures bilatérales.

Références

1. www.atih.sante.fr
2. www.ameli.fr
3. Thuillier M. Variations géographiques du recours à la chirurgie pour hernie inguinale en France en 2011. Thèse Université Montpellier 2014;1.
4. Nguyen TL, Mercier G, Millat B, Delay JM, Ferreira C et al. Population based study of 30 day readmission factors after groin hernia surgery (sous presse).