

Traitement des hernies de l'aîne - Apport de la cœlio-chirurgie

Treatment of Inguinal Hernias - Important Place of Cœlio-surgery

Edmond Estour

Allée des Cèdres - Quartier Foisonnet - 26760 Beaumont les Valence.

Mots clés

- ◆ Hernies inguinales
- ◆ Cœliochirurgie
- ◆ Laparoscopie
- ◆ TAPP
- ◆ TEPInguinal hernias
- ◆ Cœlio-surgery
- ◆ Laparoscopy
- ◆ TAPP
- ◆ TEP

Résumé

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, La H.I. devient mortelle en s'étranglant. (Amenophis I 1500 A.C.) Malgré Celse, Héliodose, Chauliac ou Ambroise Paré, Le traitement par fer et cautère inefficace, castrateur, souvent mortel est le fait de charlatans et de barbiers. C'est l'ère des taxis et des bandages. L'anesthésie (Wells, Morton, Warren 1846), et l'antisepsie de Lister introduite en France par Lucas Championnière, ouvrent L'ère moderne : Bassini (Padoue 1884) codifie le traitement par dissection, résection du sac et réparation par suture. Ses principes vont dominer le XX^e siècle ; de nombreux procédés Halsedt, Mac Vay, Fruchaud... visent à améliorer les résultats, jusqu'à la technique médiatisée mais inégalée de Ryan au Shouldice Hospital. La fin du XX^e siècle va voir, d'une part le développement des plasties prothétiques... surtout textiles avec Nylon, Polypropylène et Polyester et d'autre part la révolution cœliosopique. Rives et Stoppa avec le polyester annoncent la voie cœliosopique. Dans les années 90, Ph Mouret soutenu par F Dubois et J. Perissat entraîne une génération de généralistes pionniers libéraux qui tous vont après Leroy et Fromont pratiquer la Cœlio hernioplastie (C.H.). Begin et Duluc... principal concurrent la technique conventionnelle avec prothèse, surtout le « Lichtenstein » qui progressivement va détrôner le Shouldice ; la prothèse abaisse le taux de récurrence autour de 2 %. Mais critiqué vivement aux U.S. par les tenants du Shouldice (R.Bendavid), de 2 à 20 % de douleurs chroniques (D.C.) dont certaines invalidantes au travail, et jusqu'à 10 % de dis éjaculation vont lentement ternir son étoile ; lentement mais sûrement se manifeste la supériorité des voies postérieures et le double avantage de la C.H. en matière de solidité et d'indolence. Solidité... la supériorité de la C.H. n'est pas discutée face aux cisaillements des procédés par suture sous tension ; face au Lichtenstein la prothèse de 15/10cm a l'avantage de couvrir tous les orifices Oblique Externe, Direct, Crural et obturateur. En matière de douleurs la C.H. évite la voie inguinale antérieure handicap du Lichtenstein, très sensible, avec les terminaisons nerveuses sensibles superficielles et génitales du grand et du petit nerf abdomino-génital ainsi que la branche génitale du nerf génito-crural. Les C.H., avec une dissection sous péritonéale minime ont des taux de D.C. très bas (0,05 % sur 12687 TAPP de R. Bitner, 0,12 % sur 800 TAPP pour ma série ; R. Bittner observe dans le Lichtenstein des taux de D.C. allant de 12 à 30% avec 2 à 3% d'arrêt de la profession et une reprise totale des activités de 1 à 14 jours par TAPP, pour 23 JOURS par Lichtenstein. La sclérose cicatricielle rétractile, engainante, le « shrinkage » décrite initialement avec le polypropylène hydrophobe traduit le mariage difficile de la prothèse et des nerfs sensitifs antérieurs. Liée à la réaction inflammatoire de cicatrisation sur prothèse, elle dépend de la qualité du geste opératoire, peut réduire de 30 % la surface prothétique, source de récurrence, entraîner au minimum l'impression dysesthésique de corps étranger jusqu'à une D.C. qui perdurera. Par ailleurs si le taux d'atrophies testiculaires en rapport avec la dissection du cordon extra abdominal est de l'ordre de 1 et 2 % en chirurgie conventionnelle, Il n'est que de 0,05 % en C.H. dans la grosse série d'école de Bittner et pratiquement nul dans le traitement cœliosopique de la hernie du petit enfant (versus 5 % en chirurgie conventionnelle). Enfin certaines séries signalent dans le Lichtenstein jusqu'à 12% de dis éjaculation et oligospermie. En contrepartie de ces avantages la C.H. requiert l'apprentissage des techniques cœlio-chirurgicales de base et de celles particulières à la TAPP et à la TEP.

Keywords

Abstract

Up until the end of the XIX^e century, strangulated inguinal hernia was mortal. In spite of Celse, Heliodore, Chauliac, Ambroise Paré, even inguinal surgery was perilous, emasculating and often fatal. It is the era of taxis and truss. The modern era, with anaesthesia, asepsis, begins in Padoue when Edoardo Bassini (1884) settles the technic of treatment by suture. The Bassini procedure dominates the XX^e century with many improvements, (Haalstedt, Mac vay, Fruchaud and so on), until the Ryan technic at the Shouldice Hospital. At the end of the XX^e and the beginning of the XXI^e century 2 new facts: generalisation of treatment with prosthesis and cœlioscopic approach. In the nineties, after Mouret and the french cœlioscopic revolution, the Cœliohernioplasty condemned in U.S. begins slowly in France with J.Leroy and G. Fromont with the TAPP procedure and then G.Begin and JL Duluc for the TEP, but the most frequent procedure remains the « open », with strengthening by prosthe-

Correspondance :

Docteur Edmond Estour

Allée des Cèdres - Quartier Foisonnet - 26760 Beaumont les Valence.

E-mail : ed.estour@coelio-surgery.com

Disponible en ligne sur www.acad-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2016 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2016.4.075

sis as the « Lichtenstein », which dethrones the Shouldice. In spite of only 2% of recurrence, 2 to 20% chronic pain, 10% of disejaculation and oligospermia slowly tarnish its golden star: the superiority of the posterior cœlioscopic approach appears progressively compared to the anterior conventional one; the open technics go across the sensitive inguinal plexus, great and small abdomino-genital and genito crural nerves, prime cause of pain. More serious, the « shrinkage » or cicatricial retractile sclerosis with prosthesis in contact with the nerves increases the risk of chronic pain. So with a rate of recurrence of 0,3 to 0,7% and of chronic pain only 0,12 to 0,05%, a return to work in 1 to 14 days versus 23 for the Lichtenstein, the Cœliohernioplasty show clearly the superiority of the posterior approach. Important and interesting too is the rate of genital incidence, testicular atrophy, dysejaculation, oligospermia, practically null in the laparoscopic approach. On the other hand, Cœliohernioplasty TAPP and TEP have a learning curve which requires a longer apprenticeship than the conventional technic.

Du « fil d'or » à la Cœlio... bref rappel historique.

L'histoire du traitement de la hernie a suivi les développements des sciences humaines depuis la stagnation des temps anciens empiriques jusqu'à l'ère Pastorienne dans la 2^e moitié du XIX^e siècle, elle-même héritière du siècle des lumières. Alors va s'amorcer jusqu'à nos jours une amélioration progressive des techniques et des résultats : suture, plastie et enfin Cœlio hernioplastie portée par la supériorité de la voie postérieure intra-abdominale par rapport aux voies antérieures inguinales.

Pendant des siècles, la hernie restera une infirmité progressivement très gênante à une époque où les travaux de force sont la règle. Réintégré, elle n'est que gênante ; étranglée elle devient mortelle, hormis quelques miraculeux phlegmons intestinaux. En 1500 A.C. rapporte Hérodote, le pharaon Amenophis I meurt de hernie étranglée. Le fer et le cautère sont les armes des charlatans et des barbiers avec des résultats très mauvais...échecs, fistules infection, décès, perte du testicule le plus souvent. Malgré les travaux de Celse, Hérodore, Guy de Chauliac, Ambroise Paré...la ligature au fil d'or... c'est l'ère des taxis et des bandages. Le siècle des lumières sera aussi celui des études anatomiques qui s'acharneront à décrire la région ; on est étonné par le nombre d'éminents anatomistes qui décrivent avec minutie les moindres détails de cette région, carrefour complexe (Camper, Desault, Percival Pott, Richter, Scarpa, Cooper, Hunter, Morton Cloquet, Hesselbach, Henlé, Gimbernat) cependant sans que le traitement de la hernie ne fasse de progrès réels !!

Au milieu du XIX^e, l'ère pastorienne ouvre l'ère chirurgicale avec l'introduction de l'anesthésie aux gaz par H. Wells, Morton, Warren (1846) et de l'antisepsie de Lister diffusée en France par son ami Lucas Championnière. Celui-ci est le premier à inciser le grand oblique, mais c'est à Padoue Edoardo Bassini (1844-1924) qui ouvre l'ère chirurgicale, il précise la technique et publie en 1884 la première série d'intervention réglée avec réparation durable par dissection suivie de suture. A partir de là, on opérera de plus en plus la hernie, malgré la résistance durable très importante, encore sensible il y a quelques décennies du « Bandage herniaire ». Les progrès vont être constants.

Deux périodes caractérisées par deux types de procédés très différents vont marquer cette ère chirurgicale. Ces deux périodes vont se succéder en se chevauchant : initialement celle de la suture simple sous tension et ensuite celle de la réparation sans tension par plastie avec ses deux voies antérieure inguinale et postérieure cœlioscopique.

XX^e siècle - La suture simple sous tension

C'est la technique qui du Bassini au Shouldice va dominer la fin du XIX^e et la totalité du XX^e siècle. Après Bassini de multiples auteurs, anatomistes et chirurgiens attachent leur nom à des descriptions anatomiques fines et de petites améliorations opératoires visant à optimiser les résultats de la suture sous tension, citons Halstedt, Mc Vay, Fruchaud... mais quoi

qu'il en soit, le taux d'échec à moyen et long terme, parfois important, perdure. Cette ère culmine avec les résultats mythiques, médiatisés et difficilement reproductibles du Shouldice Hospital... Le Procédé optimisé et codifié par RYAN associe entre autres anesthésie locale, surjet au fil d'acier et fast track : la réalité est un taux de récurrence et de douleurs chroniques modéré mais réel. Mais surprise ultérieure, le taux de ces douleurs s'avèrera inférieur à celui du Lichtenstein.

Transition XX-XXI siècle - Les Plasties et la cœliochirurgie

Les plasties par prothèses textiles et la révolution cœlioscopique vont marquer la fin du XX^e et le début du XXI^e siècle. La supériorité mécanique de la plastie sur la suture sous tension, qui à la longue cisaille et coupe les tissus explique cette évolution. Les aponévroses sont utilisées par Gallie dans l'éventration, le façage de peau par J. Gosset dans la hernie. Mais c'est surtout après la seconde guerre mondiale que les nouveaux textiles synthétiques s'imposent : le Nylon avec Aquaviva dans l'éventration (1948), le polypropylène dans la hernie avec Uscher (1958), le polyester en France avec Rives et Stoppa (1968), ces deux derniers décrivent des procédés qui peuvent être considérés comme les précurseurs « conventionnels » de la cœlio-hernioplastie TAPP (trans abdominal préperitoneale) et TEP (totalelement extra péritonéale), Rives ayant proposé une intervention par voie ouverte très proche de la TAPP et Stoppa de la cure cœlioscopique des hernies bilatérales. A partir des années 90, la révolution cœlioscopique accélère l'utilisation des prothèses textiles, utilisation qui est inhérente et partie intégrante de la cœlio-hernioplastie de l'adulte.

Années 1990-2015 - La Cœlio-hernioplastie

Ph. Mouret, soutenu par F. Dubois et J. Perissat, entraîne avec lui une génération de chirurgiens cœlioscopistes omnipraticiens libéraux qui tous pratiquent, entre autres interventions, la cœlio-hernioplastie (1, 1bis, 8).

Cette activité chirurgicale généraliste, phénomène historique inestimable concernant quelques centaines de praticiens, va plus tard, être réduite à néant par la fragmentation universitaire des spécialités et la disparition en France du chirurgien généraliste. Alors qu'aux U.S. les essais sont abandonnés à la suite du taux d'échec d'Arregui (2) en rapport avec une technique et des prothèses inadaptées (2,5/4 pouces), c'est en France que J. Leroy et G. Fromont qui, transposant les RIVES et STOPPA, intronisent la cœlio-hernioplastie TAPP et ouvrent historiquement l'ère de la cœlio-chirurgie herniaire : ils publient en 1992 dans le N° 1 du Journal de Coelio-Chirurgie (JCC) la première série de 110 cas de TAPP, avec des résultats excellents (3). Le procédé TEP plus rapide car ne nécessitant pas de sutures péritonéales, sutures difficiles à cette époque, mais éliminant l'intéressante exploration intra-abdominale, sera ensuite diffusé par G. Begin et JL. Duluc. Ce faisant,

comme ce fut le cas pour la cœlio-appendicectomie, ils font passer la cure de hernie du niveau d'une intervention d'interne en chirurgie de 4^e année à celui de cœlio-chirurgien confirmé... frein et source de problèmes ultérieurs très importants. Apparaît alors une très forte concurrence initiale des tenants de la voie conventionnelle améliorée, la technique ouverte avec renforcement prothétique, à la portée immédiate des très nombreux opérateurs qui n'ont pas franchi le pas cœlioscopique. Cela va créer plus encore que dans d'autres pathologies un conflit qui perdure entre conventionnels et cœlioscopistes. Malgré tout, lentement mais sûrement avec de très grandes séries, la cœlio-hernioplastie TAPP et TEP montre qu'elle n'est pas une mode comme beaucoup l'avait cru et va occuper la place qui lui revient du fait de ses avantages.

Fin des années 90, sous la pression prothétique. Lichtenstein et prothèses par voie antérieure détrônent le Shouldice

Sous la pression de l'industrie, on assiste à l'explosion de l'utilisation des prothèses, parallèlement à la multiplication historique des fabricants et des modèles proposés aux opérateurs. La prothèse textile gagne massivement la pratique conventionnelle, un marché en 1994 de plus de 95 % des interventions... Et le Lichtenstein va en quelques années détrôner rapidement le Shouldice... avec le temps, malgré un taux modéré de 2 % de récurrences, les 2 à 20 % de douleurs chroniques dont certaines invalidantes au travail, et des taux allant jusqu'à 12 % de diséjaculation et oligospermie (4,5) vont venir progressivement mais discrètement ternir son étoile.

Ces critiques anti-Lichtenstein ont débuté et sont soutenues très vivement aux US par les tenants du Shouldice dont R. Bendavid ; ainsi à petit pas s'impose la supériorité des voies postérieures (6).

Il est intéressant de noter l'importance de la pression de l'industrie, certes nécessaire aux progrès comme dans d'autres secteurs médicaux. Le très important chiffre d'affaires du marché des prothèses pariétales a indiscutablement influencé et continuera d'influencer par lobbying et sponsoring, la pratique chirurgicale dans les pays développés à même d'affronter cette dépense. Ce fut le cas pour le renforcement prothétique en chirurgie ouverte type Lichtenstein, ce sera encore plus net avec les prothèses biologiques et leur utilisation en chirurgie pariétale : On rapporte que dans des pays moins favorisés, on a pu utiliser des filets de moustiquaire du commerce, en nylon ou en polypropylène découpés et stérilisés coûtant + de 1000 fois moins chers que les prothèses occidentales.

Confort et solidité les deux juges du traitement : la récurrence, la douleur

La récurrence jusque dans les années 2010 est restée le 1^{er} critère de jugement d'un procédé et... aussi, bien sûr, de l'opérateur ! Avec des chiffres à moyen terme variant de 5 à 10 % pour la suture sous tension... du Bassini au Shouldice et un taux de douleurs chroniques faible admis consensuellement autour de 1 à 2 %. Mais ces douleurs chroniques (D.C.) vont devenir le problème principal. Plus tard en effet avec les plasties prothétiques par voie antérieure dont le Lichtenstein, les taux de récurrences s'améliorent (2 %) mais de ce fait celui de la douleur initiale et surtout des douleurs chroniques passe au premier plan (de 2 à 20 % selon les études). Ceci est surtout le fait de leur incidence économique socio-professionnelle avec des cas d'invalidité au travail et de perte d'emploi. Il est indiscutable que la mauvaise tolérance au corps étranger prothétique est responsable de plus de D.C.

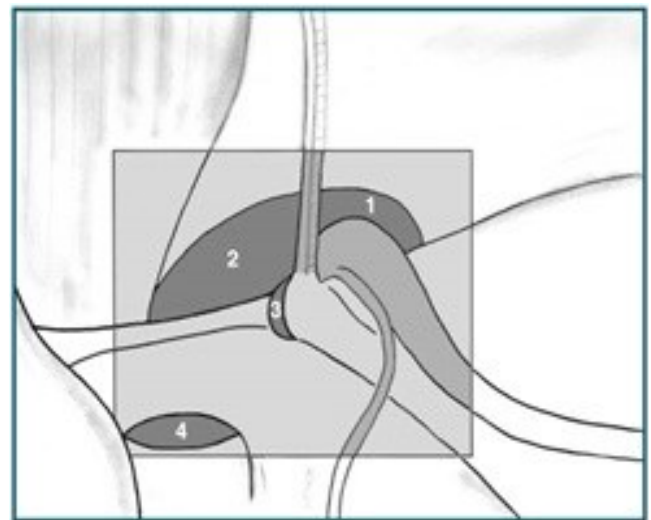
que la dissection conventionnelle. Taux de récurrence et de douleurs chroniques restent cependant les deux critères de base pour l'appréciation d'une technique permettant de confronter cœlio-hernioplastie et plasties par voie antérieure, Lichtenstein en particulier.

Solidité supérieure de la cœlio hernioplastie (C.H.) - bases physiques

Cette supériorité avec son très faible taux de récurrence est liée à deux facteurs. D'abord l'absence de suture sous tension qui à l'effort coupe les tissus par cisaillement ; beaucoup d'opérateurs ont entendu au réveil du patient, à l'occasion d'un effort de toux inopiné le craquement des sutures annonçant l'échec immédiat. Ensuite la grande taille de la prothèse utilisée : le passage des petites prothèses qui avaient condamné la méthode aux U.S. à des prothèses standards de 15 x 15 cm, ramené plus tard à 15x10 cm (J. Leroy-G. Fromont) a entraîné une chute brutale du taux de récurrences qui, à moyen terme, passe par exemple à 0,7 % dans la série d'école de 12 700 cas du service de R. Bitner (5) et 0,3 % dans ma série personnelle continue et exclusive de 800 cas. La grande taille de la prothèse et de ce fait l'importance de son débord par rapport au défaut pariétal s'est avéré un élément fondamental de prévention de la récurrence comme c'est le cas dans le traitement des éventrations.

Face au Bassini, au Shouldice et aux sutures simples, la supériorité en matière de solidité n'est pas discutée, la réparation sans tension « tension free » étant très supérieure à long terme à la suture sous tension ; les meilleurs taux à 5 ans évoqués pour le Shouldice mais sujets à caution et non reproductibles sont de l'ordre de 2 % à 5 %.

Face au Lichtenstein, cette supériorité est plus modeste mais cependant réelle, en effet la plastie à 15cm /10 cm ou 15/15 de la C.H. reste anatomiquement supérieure ayant l'avantage de couvrir tous les orifices herniaires endo-abdominaux, non seulement oblique externe et direct mais aussi crural et obturateur. Par ailleurs la prothèse de par sa position est plaquée contre la hernie par la pression intra-abdominale. Enfin l'utilisation d'une prothèse de 150/100mm, difficile sans plicature ni retroucis, n'a pas été décrite dans les voies antérieures (Fig 1).



Zones de faiblesse

Figure 1. Schéma montrant la couverture de tous les orifices : oblique externe et direct mais aussi crural, obturateur.

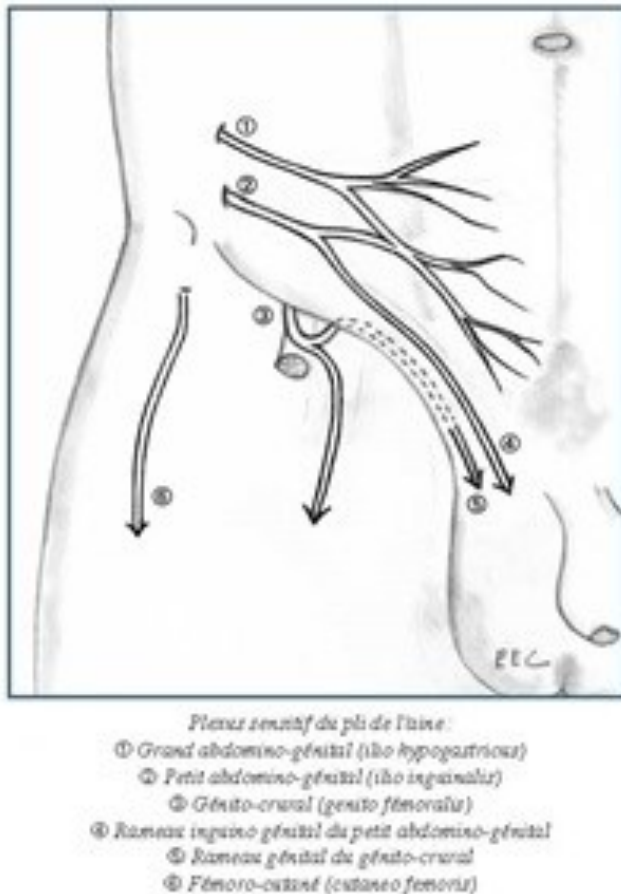


Figure 2. Le plexus nerveux et la sensibilité du pli de l'aîne. Premier handicap du Lichtenstein.

L'indolence durable, supériorité de la Coëlio-hernioplastie

Si chacun s'est accordé à reconnaître l'indolence immédiate de la C.H., sa supériorité en matière de D.C. n'est plus discutée, on considère à ce jour que la douleur chronique est la principale complication de la cure de la hernie de l'aîne : son incidence dans le procédé de Lichtenstein est de l'ordre de 10 à 12 % (2 à 20 %) et la D.C. est invalidante dans 0,5 à 6 % des cas (6).

La supériorité de la C.H. est liée à ce qu'elle évite les trois handicaps de la voie antérieure.

Handicap anatomique nerveux des voies antérieures

La Voie inguinale antérieure - voie sensible

L'incision cutanée inguinale intéresse de petites terminaisons nerveuses dans une zone sensible, elle est suivie par l'ouverture de l'aponévrose du grand oblique, l'isolement des éléments musculaires et du cordon avec dilacération du muscle crémaster ; dans cette zone superficielle ainsi que sur le cordon extra abdominal, courent les branches sensibles superficielles et génitales du grand et du petit nerf abdomino-génital ainsi que la branche génitale du nerf génito-crural ; ces petits nerfs sensitifs ne peuvent être lésés dans leur tronc ou dans leurs branches que par un abord superficiel antérieur. Cela explique le très ancien « 1 % à 2 % » minimum consensuel de séquelles douloureuses inguino-scrotales du Bassini et du Shouldice. Ce trauma entraînera aussi une réaction inflamma-

toire normale de cicatrisation physiologique, variable selon la qualité du geste chirurgical, mais qui sera aggravée par une réaction elle aussi variable au corps étranger que constitue la prothèse (Fig 2).

A l'opposé, la voie postérieure TAPP ou TEP

Elle ne nécessite qu'une dissection minimale sous-péritonéale et n'expose pas les nerfs sensitifs superficiels ce qui se traduit par des taux très bas de douleurs chroniques : 0,05 % sur 12 687 cas de TAPP pour la série hospitalière d'école de R. Bitner, 0,12 % pour ma série coëlioscopique exclusive de 800 cas. A la même date en Allemagne, R. Bittner (4) observe dans le Lichtenstein des taux de D.C. allant de 12 à 30 % avec 2 à 3 % d'arrêt de la profession. De plus pour les TAPP de son école, R. Bitner observe une reprise totale des activités allant de 1 à 14 jours pour 23 jours par Lichtenstein à la même époque.

Handicap biologique des prothèses antérieures : la sclérose cicatricielle rétractile ou « shrinkage » « Mariage difficile ou raté de la prothèse textile et des petits nerfs superficiels »

Cette entité biologique liée à la réaction inflammatoire accompagne la cicatrisation et la présence d'un corps étranger ; lorsque cette réaction est trop importante et trop prolongée elle entraîne à moyen terme une sclérose rétractile et engageante des tissus de voisinage ; la rétraction peut concerner 30 % de la surface prothétique pouvant être à elle seule mécaniquement responsable de récidence. La sclérose engageante intéressant les petits nerfs sur lesquels la prothèse est apposée entraînera au minimum une impression dysesthésique plus ou moins gênante de corps étranger et à des niveaux supérieurs une douleur chronique qui perdurera. Ce phénomène biologique a été dénoncé très tôt aux U.S., en particulier par les tenants du Shouldice dont R. Ben David. Historiquement il fut décrit d'abord avec le polypropylène longtemps matériau dominant, en effet matériau hydrophobe son intégration reste biologiquement, à préparation identique, moins favorable que celle d'un matériau hydrophile comme le polyester. Des améliorations importantes concernant poids, taille des mailles, structures 3D... dans la conception des prothèses n'ont pas totalement réglé les problèmes de réaction inflammatoire et de tolérance. Cette tolérance et les D.C. restent le problème essentiel des voies antérieures avec prothèses.

Il faut souligner, à nouveau, le fait que l'importance de la réaction inflammatoire dépend beaucoup de la qualité du geste chirurgical (discrétion du traumatisme, douceur du geste opératoire, qualité de l'hémostase de l'asepsie...) et donc de la qualité de l'opérateur qui demeure un facteur très important de la qualité du résultat.

Handicap testiculaire des voies et des prothèses antérieures

C'est un autre handicap du Lichtenstein et des prothèses par voie antérieure, en rapport avec la dissection du cordon extra-abdominal et avec le contact prothétique.

Si les lésions intra-abdominales des vaisseaux à destinée testiculaire ont souvent peu de retentissement sur la gonade, en particulier chez l'enfant et le sujet jeune, il en va autrement pour le cordon extra abdominal, en particulier au contact d'une prothèse.

Après le taux de douleurs chroniques c'est un problème spécifique des voies inguinales ; les atrophies testiculaires en rapport avec la dissection du cordon extra abdominal sont de l'ordre de 1 et 2 % en chirurgie conventionnelle, ce taux ne peut être qu'aggravé par le contact d'une prothèse mal tolérée.

Alors que le taux d'atrophies testiculaires n'est que de 0,05 % dans la grosse série d'école de Bittner en C.H., de 0 dans ma propre série, elle est pratiquement nulle dans le traitement cœlioscopique de la hernie du petit enfant (versus 3 à 5 % en chirurgie conventionnelle). Enfin certaines séries signalent dans le Lichtenstein jusqu'à 12 % de diséjaculation et d'oligospermie.

Conclusion

Outre la solidité liée à la taille de la prothèse et les avantages généraux admis par tous inhérents à la technique cœlioscopique et en particulier l'absence d'exposition et de manipulation à l'air de cette prothèse, le principal de ses avantages et non des moindres est son indolence avec de très faibles douleurs initiales permettant une reprise immédiate de toutes les activités et surtout un taux minime de douleurs chroniques ; celles-ci sont responsables dans les voies antérieures de coûts socio-économiques importants.

En contrepartie la technique cœlioscopique ne s'improvise pas et nécessite un apprentissage, plus long par exemple que celui de la cholécystectomie simple pour lithiase, en particulier pour le débutant non familiarisé aux autres interventions cœlioscopiques : 30 cas environ pour le cœlioscopiste français aguerris...mais...250 pour le chirurgien conventionnel « herniaire » américain dans l'incroyable série des Vétérans relevée par L. Neumayer en 2004 (7).

Cet apprentissage est cependant facilement acquérable par compagnonnage.

Pour terminer, si le développement de la coelio-herinoplastie s'est fait essentiellement en secteur libéral, il me paraît constructif d'accepter les conclusions de R. Bittner, chirurgien hospitalier, qui fut un maître d'école dans la discipline au Marien Hospital de Stuttgart : « En résumé nous pouvons dire que l'opération cœlioscopique de la hernie a fait aussi ses preuves dans un service hospitalier non universitaire et non spécialisé de chirurgie générale et viscérale... pour sa sécurité et son coût réel même dans le cas de la hernie inguinale primaire.

Les conditions pour un bon résultat sont, à côté de la maîtrise de la technique opératoire, l'exécution systématique et standardisée de l'intervention ainsi que l'analyse continue des résultats avec perfectionnement consécutif de cette technique... ».

Discussion en séance

Question de R Villet

Quels sont les pourcentages des interventions des hernies ?

Réponse de E Estour

En ce qui concerne le pourcentage de hernie traitées par cœlio, celui-ci en raison de sa technicité augmente lentement mais sûrement de 34 % au PMSI de 2013, il a dépassé en 2015 les 40 %

Réponse de JH Alexandre

Je puis livrer les chiffres publiés par le PMSI en 2013, tels que rapportés dans une communication que j'avais faite à l'Académie le 27 mai 2015 et dans celle de H Johanet lors de la même séance les données du PMSI 2013, montrent que le chiffre global de cures de hernies de l'aine a été cette année-là, en France, de 142.451 opérations, dont 66, 3 % réalisées par chirurgie incisionnelle, 33,7 % par cœlio-chirurgie.

Le taux de recours à la prise en charge en ambulatoire avait crû rapidement passant de 7,3 % en 2007 à 49,48 % en 2013, atteignant même 62,1 % pour une cure unilatérale opérée par abord cœlioscopique. 89,6 % des cures comportent la mise en place d'une prothèse, tous âges confondus.

Deux cures unilatérales sur trois étaient réalisées selon la technique de Lichtenstein ; inversement, 2 cures bilatérales

sur 3 étaient réalisées par cœlioscopie. Ces pratiques étaient conformes aux recommandations.

Commentaire de JH Alexandre

Certes dans un synopsis historique l'on ne peut dire que ce que l'on pense l'essentiel, toutefois je voudrais signaler le rôle très important qu'a joué le Groupe d'Études sur la Paroi Abdominale (GREPA) fondé en 1979 par JP Chevrel et Jean Rives - et dont je fais toujours partie -. Ce groupe a créé son individualité et ses lettres de noblesse à la chirurgie pariétale jusque-là négligée voire dénigrée et a été, publications et le journal HERNIA à l'appui, à l'origine de la diffusion de la large utilisation des prothèses, laquelle a permis une réduction très considérable du nombre de récidives dans la cure des éventrations (passant de plus de 50 à moins de 10 % des cas) et également dans la cure des hernies : ce n'est que dix ans plus tard, avec les techniques coelio-chirurgicales et mise en place systématique des prothèses que les chirurgiens ont adopté l'usage courant de ces matériels. Le GREPA, devenu European Hernia society (EHS) été le modèle français des sociétés internationales telles que l'America Hernia society (AHS) l'Asia Pacific Hernia Society) à l'origine d'études internationales de référence.

Réponse

Le traitement de la hernie ayant toujours été important dans l'activité du chirurgien généraliste, c'est le développement de la cœlio-chirurgie qui en améliorant ses résultats, en contrepartie d'une difficulté technique plus élevée, a réellement ennobli la chirurgie pariétale et non l'action du Greppa dont beaucoup de membres lui sont restés plutôt hostiles.

Commentaire de P Bonnichon

Première série dans le monde d'intervention publiée par Guy de Chauillac au 14ème siècle (10 cas). Imagination sans limite des chirurgiens (jusqu'à l'absorption de limaille de fer).

Références

1. Estour E, Bartélémy R, Bataille R, Begin GF, Berthou JC et al. Revue de 9221 cures laparoscopiques de hernies de l'aine chez 7340 patients. Le Journal de Coelochirurgie. 1995;16:42-8.
- 1bis. Estour E. Revue de 16177 cures coelioscopiques de hernies de l'aine. Etude rétrospective chez 13132 patients. Le Journal de Coelochirurgie. 1999;30:70-6.
2. Arregui ME, Davis CJ, Yucel O et al. Laparoscopic mesh repair of inguinal hernia using a preperitoneal approach : a preliminary report. : Surg. Laparosc. Endosc.1992;2:53-8.
3. Leroy J, Fromont G. Hernies de l'aine de l'adulte : prothèse sous-péritonéale sous contrôle coelioscopique (à propos de 110 cas). Le Journal de Coelochirurgie. 1992;1:22-5.
4. Schmedt CG, Sauerland S, Bittner R. Comparison of endoscopic procedures vs Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair. Surg. Endosc. 2005;19:188-99.
5. Bittner R, Schwarz J, Kolb H. Hernioplastie de l'aine : cure cœlioscopique TAPP. Le journal de Coelio-chirurgie. 2006;59:5-10.
6. Pelissier E, Ngo P. Douleurs chroniques après cure de hernie : une marge de progression. E-Mem Acad Natle Chir 2015;14(3):89-94.
7. Neumayer L. Open mesh versus laproscopic mesh repair of inguinal hernia. N. Engl J. Med. 2004;350:1819-27.
8. Estour E, Armand D, Begin GF, Berthou JC, Bruyns J et al. La hernioplastie coelioscopique gold standard de la réparation herniaire, chirurgie de l'élite ? À propos de 43882 cas. Le Journal de Coelochirurgie. 2006;59:69-71.