

# Situations particulières dans les interventions pour hernie inguinale de l'adulte par voie coelioscopique totalement extrapéritonéale (TEP)

## Special Situations in Operations for Groin Hernias by Total Extraperitoneal Coelioscopic Approach (TEP)

M Beck, C Arvieux

### Mots clés

- ◆ Hernie de l'aine
- ◆ TEP
- ◆ Coelioscopie

### Résumé

La Société Européenne de Chirurgie Herniaire (European Hernia Society - EHS) a publié en 2009 une série de recommandations concernant le traitement des hernies inguinales de l'adulte. Parmi les recommandations de grade A, on note :

- que les récurrences herniaires après chirurgie ouverte devraient bénéficier d'une réparation coelioscopique ;
- que pour les patients en activité professionnelle, un traitement coelioscopique devrait être proposé en particulier pour les hernies bilatérales ;
- que la chirurgie laparoscopique donne de meilleurs résultats que la chirurgie ouverte en termes de douleurs séquentielles chroniques ;
- que dans les situations où une réhabilitation rapide serait particulièrement souhaitable, la coelioscopie est recommandée.

Il est impossible de ne pas relever tout le côté paradoxal de ces recommandations, en particulier en ce qui concerne les récurrences et les hernies bilatérales. En effet, ces hernies sont bien évidemment plus difficiles à traiter que des hernies primitives unilatérales. Or, la TEP est considérée comme une procédure délicate. On voit donc mal comment un opérateur, pas particulièrement rompu à cette technique, pourrait s'attaquer à des situations complexes, alors qu'il n'a pas l'habitude de prendre en charge les cas les plus simples.

Par ailleurs, en réponse à la saisine de février 2011 concernant la durée de l'arrêt de travail après chirurgie herniaire, l'HAS a conclu que globalement, l'arrêt de travail devait varier du simple au double selon qu'il s'agissait d'un traitement à ciel ouvert ou coelioscopique, en faveur de la coelioscopie bien sûr, cette différence n'étant par la suite pas suivie par la CNAM !

Au total, il apparaît que des analyses faites par des organismes pas particulièrement favorables à la coelioscopie, avec des argumentaires étoffés, montrent clairement les avantages de cette chirurgie trop souvent injustement critiquée, car effectivement elle est de réalisation plus délicate que la chirurgie ouverte.

On peut donc logiquement se poser la question suivante : puisque la coelioscopie est recommandée dans des situations difficiles ou exigeantes, pourquoi ne pas en faire bénéficier d'emblée tous les patients ?

Comment peut-on recommander de prendre en charge par coelioscopie des situations difficiles à des opérateurs qui n'auraient pas la maîtrise de la technique sur des cas simples ?

Cela soulève la question de l'intérêt de chirurgiens hyperspécialisés, ou de centres dédiés, mais c'est un autre débat...

Pourquoi parler de situations particulières ? Simple pour montrer que la coeliohernioplastie en général et la TEP en particulier permettent de prendre en charge quasiment toutes les situations que l'on peut rencontrer lorsque l'on opère une hernie.

-La TEP dans une hernie bilatérale fait gagner du temps dans la mesure où on ne réalise qu'un seul abord, et ce geste devient ainsi réellement une opération de Stoppa coelioscopique.

-Dans les récurrences après abord direct, la TEP permet d'éviter une dissection parfois difficile de tissus cicatriciels pouvant compromettre l'intégrité des nerfs inguinaux et du cordon.

-après prostatectomie radicale, la laparoscopie est presque toujours possible, parfois au prix d'une conversion de la TEP vers la TAPP.

-Dans les hernies étranglées, la coelioscopie facilite la réduction du viscère concerné et son contrôle dans son milieu naturel. Rien dans la littérature ne permet de contre-indiquer l'emploi de matériel prothétique, dans les limites du raisonnable (situations septiques exclues).

Les films montrés au cours de la présentation illustrent bien toutes ces situations. Les chiffres fournis seront facilement vérifiables grâce au registre du Club Hernie.

Pour conclure, un opérateur entraîné peut à juste titre considérer la TEP comme un Gold Standard dans le traitement des hernies.

### Correspondance :

Mathieu Beck

Chirurgie digestive et viscérale - coelioscopique - cancérologique - Clinique Ambroise Paré - 21, route de Guentrange - 57100 Thionville.

Tél : 03.82.82.27.27 / Fax : 03.82.82.27.00 / E-mail : BECK.Mathieu@wanadoo.fr

Disponible en ligne sur [www.acad-chirurgie.fr](http://www.acad-chirurgie.fr)

1634-0647 - © 2017 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2017.1.017

**Keywords**

- ◆ Groin Hernia
- ◆ TEP
- ◆ Laparoscopy

**Abstract**

The posterior approach to the entire myopectineal orifice of Fruchaud via an abdominal incision with the insertion of a large prosthesis completely overlapping all orifices has been popularised by Stoppa since 1980. Since 1990, the Stoppa technique has been performed endoscopically, by means of both the transperitoneal (TAPP) and preperitoneal (TEP) approaches.

In 2009, the European Hernia Society published evidence-based guidelines for the treatment of inguinal hernias. Grade A recommendations: for the repair of recurrent hernias after conventional open repair, endoscopic inguinal hernia techniques are recommended. When only considering chronic pain, endoscopic surgery is superior to open mesh. It is recommended that an endoscopic technique is considered if a quick postoperative recovery is particularly important. From a socio-economic perspective, an endoscopic procedure is proposed for the active working population, especially for bilateral hernias.

These recommendations may seem paradoxical because it is illogical to recommend the use of this technique to surgeons not particularly pulled in this procedure. Nevertheless, as the advantages of the laparoscopic approach are recognized as being the best, why shouldn't we recommend it for all patients?

Thus, for an experimented surgeon, TEP could be a Gold Standard for any cases, easy or difficult.

Le traitement des hernies inguinales de l'adulte par voie coelioscopique totalement extrapéritonéale (TEP) représente une synthèse de la technique de Stoppa et de la coelioscopie, dont elle cumule les avantages. La TEP est parfaitement codifiée (1), et lorsqu'elle est réalisée avec rigueur, le taux de récurrence est largement inférieur à 1 %. Dans un avenir proche, le registre du Club Hernie pourra fournir des statistiques précises et vérifiables. Le traitement coelioscopique des hernies en général et la TEP en particulier pourraient donc aspirer au titre de Gold Standard. Il faudrait pour cela que la technique soit facilement reproductible, et qu'elle soit applicable à toutes les situations. En ce qui concerne la reproductibilité, elle est loin d'être acquise. Elle nécessite des prérequis, tels une bonne connaissance de l'espace extrapéritonéal et une excellente maîtrise de la coelioscopie. Concernant son applicabilité dans toutes les situations, nous allons montrer que la TEP permet effectivement de traiter sinon tous les cas de hernies, au moins la très grande majorité.

La Société Européenne de Chirurgie Herniaire (European Hernia Society - EHS) a publié en 2009 une série de recommandations (2,3) concernant le traitement des hernies inguinales de l'adulte. Parmi les recommandations de grade A, on note :

- que les récurrences herniaires après chirurgie ouverte devraient bénéficier d'une réparation coelioscopique ;
- que pour les patients en activité professionnelle, un traitement coelioscopique devrait être proposé en particulier pour les hernies bilatérales ;
- que la chirurgie laparoscopique donne de meilleurs résultats que la chirurgie ouverte en termes de douleurs séquellaires chroniques.
- que dans les situations où une réhabilitation rapide serait particulièrement souhaitable, la coelioscopie est recommandée.

Il est impossible de ne pas relever tout le côté paradoxal de ces recommandations, en particulier en ce qui concerne les récurrences et les hernies bilatérales. En effet, ces hernies sont bien évidemment plus difficiles à traiter que des hernies primitives unilatérales. Or, la TEP est considérée comme une procédure délicate. On voit donc mal comment un opérateur, pas particulièrement rompu à cette technique, pourrait s'attaquer à des situations complexes, alors qu'il n'a pas l'habitude de prendre en charge les cas les plus simples.

Par ailleurs, en réponse à la saisine de février 2011 concernant la durée de l'arrêt de travail après chirurgie herniaire, l'HAS a conclu que globalement, l'arrêt de travail devait varier du simple au double selon qu'il s'agissait d'un traitement à ciel ouvert ou coelioscopique, en faveur de la coelioscopie bien sûr, cette différence n'étant par la suite assez curieusement pas suivie par la CNAM !

Au total, il apparaît que des analyses faites par des organismes pas particulièrement favorables à la coelioscopie, avec des argumentaires étoffés, montrent clairement les avantages de cette chirurgie trop souvent injustement critiquée, simplement parce qu'elle est de réalisation plus délicate que la chirurgie ouverte.

On peut donc logiquement se poser la question suivante : puisque la coelioscopie est recommandée dans des situations difficiles ou exigeantes, pourquoi ne pas en faire bénéficier d'emblée tous les patients ?

Comment peut-on recommander de prendre en charge par coelioscopie des situations difficiles à des opérateurs qui n'auraient pas la maîtrise de la technique sur des cas simples ?

Cela soulève la question de l'intérêt de chirurgiens hyperspécialisés, ou de centres dédiés, mais c'est un autre débat...

Pourquoi parler de situations particulières ? Simplement pour montrer que la coelio-hernioplastie en général et la TEP en particulier permettent de prendre en charge quasiment toutes les situations que l'on peut rencontrer lorsque l'on opère une hernie.

À ce propos, il faut noter que la voie transabdomino-préperitoneale (TAPP) est techniquement plus facile à réaliser et peut représenter un moyen de conversion simple. La conversion vers une voie ouverte doit rester tout à fait exceptionnelle. Ainsi, un adepte de la TEP ne peut pas se passer de la TAPP. Les guerres d'école entre partisans de l'une ou l'autre de ces approches n'ont pas de raison d'être, les principes et les résultats des deux techniques étant approximativement équivalents.

**TEP et hernies bilatérales**

Pour un opérateur maîtrisant la TEP, il n'y a pas de difficulté technique particulière à réaliser un traitement bilatéral en un temps. Dans la mesure où la voie d'abord est unique, il y a même un gain de temps conséquent et l'opération devient alors une véritable intervention de Stoppa. Certains auteurs (4) proposent même un traitement bilatéral d'emblée systématique, afin de ne pas avoir à réintervenir en cas de bilatéralité métachrone, mais cette stratégie paraît difficilement défendable sur le plan économique et pourrait même provoquer des revendications en cas de complications survenant du côté sain.

L'impotence postopératoire reste très modérée, à peine supérieure à ce que l'on observe dans les traitements unilatéraux, donc parfaitement compatible avec une prise en charge ambulatoire.

**TEP et récurrences après abord direct**

Dans les récurrences après abord direct, la TEP permet d'éviter une dissection parfois difficile de tissus cicatriciels pouvant compromettre l'intégrité des nerfs inguinaux et du cordon. Il faut distinguer les abords antérieurs sans mise en place de matériel prothétique ou avec prothèse antérieure comme dans la technique de Lichtenstein, et les abords antérieurs avec prothèse postérieure (TIPP) ou avec une prothèse dont une composante est postérieure (plug ou PHS : Prolene Hernia System). Dans le premier cas de figure, l'espace extrapérito-

néal n'a pas été disséqué de sorte que l'intervention est le plus souvent aussi simple que lors du traitement d'une hernie primitive. Dans le second cas, les adhérences peuvent rendre l'intervention plus difficile et même imposer un passage par voie transpéritonéale.

## TEP et cicatrices de laparotomie

Dans ces indications, tout est affaire de bon sens. Il faut une bonne adéquation entre les difficultés techniques prévisibles et l'expérience personnelle de l'opérateur. Une grande cicatrice médiane, après prothèse aortique par exemple, est une contre-indication logique à l'abord coelioscopique d'une hernie. En revanche, une cicatrice sous-ombilicale, médiane ou horizontale, constitue une gêne modérée à l'intervention. De même, une cicatrice d'appendicectomie génère quelques difficultés de dissection en raison des adhérences, mais uniquement pour les hernies droites. Parfois, cette dissection s'accompagne d'une brèche péritonéale qui peut être facilement refermée. Il faut être très prudent lors de la section des adhérences ou de l'arcade de Douglas si elle est nécessaire, dans la mesure où le caecum risque d'être accolé à la face postérieure de la paroi abdominale.

En résumé, les difficultés générées par les interventions préalables au niveau de l'étage sous-ombilical sont imprévisibles, mais en général modérées et ne doivent pas contre-indiquer de principe l'intervention (5).

## TEP après prostatectomie radicale

Il s'agit là d'un cas particulier du chapitre précédent. Cette situation est souvent rencontrée du fait de la fréquence élevée des hernies ainsi que des cancers prostatiques dans la même tranche d'âge chez l'homme. Là encore, les difficultés techniques sont totalement imprévisibles, mais exceptionnellement incompatibles avec un traitement coelioscopique de la hernie, parfois au prix d'un allongement de la durée du geste (5) voire d'une conversion de la TEP vers la TAPP. La dissection est bien sûr plus délicate au fur et à mesure que l'on se rapproche de la ligne médiane, et il est parfois plus commode de disséquer d'abord l'espace de Bogros avant de revenir vers le milieu plutôt que le contraire.

## Traitement coelioscopique des hernies étranglées

Si l'on veut seulement se contenter de vérifier la vitalité d'une anse étranglée dans son milieu naturel (6), sans chercher à l'extérioriser au cours d'un abord direct, une hernioscopie peut suffire. Mais l'abord coelioscopique à proprement parler présente un certain nombre d'avantages. La section du collet et la réduction de la hernie, lorsque cette dernière n'est pas obtenue dès l'induction, sont très faciles à réaliser. Par ailleurs, rien dans la littérature ne permet de contre-indiquer l'emploi de matériel prothétique, dans les limites du raisonnable. La résection d'un grêle ischémié n'est pas une contre-indication en soi, à condition qu'il n'y ait pas de sepsis. On peut par sécurité différer de 48 heures la mise en place d'un filet afin d'éviter une translocation bactérienne. Le phlégon pyo-stercoral, en revanche, reste une contre-indication absolue à la coelioscopie ainsi qu'à l'emploi d'une prothèse (7,8).

## Conclusions

Le taux de récurrence extrêmement bas après TEP (ou TAPP) s'explique par une couverture complète de l'entonnoir musculo-pectinéal décrit par Fruchaud, à condition que la technique

soit rigoureuse et la prothèse suffisamment grande. Quant aux suites opératoires et quoi qu'en disent les publications qui tendraient à minimiser les avantages de la coelioscopie, il suffit de mettre côte à côte deux patients qui viennent d'être opérés d'une hernie, l'un par voie ouverte et l'autre par laparoscopie, pour se rendre compte que la différence est flagrante. Mieux encore, dans une série personnelle de plus de 4000 cas, 20 patients successifs ont été sélectionnés puis interrogés pour avoir été opérés, et ce par le même opérateur, d'un côté selon la technique de Lichtenstein, de l'autre par voie TEP, en métachrone bien sûr. Dans certains cas, la voie ouverte avait été faite en premier, dans d'autres cas en second. Mieux que les praticiens, les patients sont les mieux placés pour décider lequel des deux procédés leur paraissait le plus satisfaisant. Chez ces 20 patients, les phrases qui revenaient le plus souvent étaient : « c'est le jour et la nuit » ou bien « il n'y a pas photo » en faveur de la coelioscopie. Pour toutes ces raisons, il serait dommage, comme le prédisent certains, que le traitement coelioscopique des hernies soit amené à disparaître dans les prochaines années.

Reste le problème de la difficulté technique de l'intervention et des risques d'accidents graves décrits dans la littérature ou cités par les experts. L'apprentissage joue, dans leur prévention, une place essentielle. Un facteur personnel doit également être pris en compte, comme le souligne Stoppa (9) : [... les chirurgiens qui en ont l'expérience pourraient continuer à opérer les hernies par laparoscopie vidéo-assistée, sans mettre la pression sur la communauté chirurgicale et l'opinion publique en faveur exclusive des procédés laparoscopiques...]. Il est évident qu'il faut une conviction et un engagement personnel, un encadrement optimal, puis une activité suffisante pour maîtriser ces techniques en routine.

À ce stade, on ne peut pas s'empêcher de se poser la question de l'intérêt de centres spécialisés dans la chirurgie pariétale ou seulement herniaire. De toute évidence, la tendance actuelle va vers l'hyperspécialisation dans tous les domaines. Il est toutefois difficile d'imaginer qu'une pathologie aussi courante que la hernie soit exclusivement traitée dans des centres spécialisés. En revanche, on peut très bien concevoir la coexistence d'un système tel qu'on le connaît actuellement, avec par ailleurs des centres dédiés, régionaux par exemple, ce qui permettrait d'offrir à certains patients une réponse adaptée à leurs exigences particulières. Bien évidemment, les chirurgiens de ces centres devraient maîtriser tout le panel des techniques pouvant s'avérer utiles dans le traitement des hernies.

Au total, avec un taux de récurrence très bas, la quasi-absence de douleurs séquellaires chroniques qu'offre la voie postérieure, et, comme nous l'avons montré, la faisabilité de l'intervention dans un large éventail d'indications, la TEP peut à juste titre être considérée, par un opérateur entraîné, comme un Gold Standard dans le traitement des hernies.

## Références

1. Beck M. Traitement coelioscopique des hernies inguinales de l'adulte par voie totalement extrapéritonéale. EMC - Techniques chirurgicales - Appareil digestif 2013;0(0):1-12 [Article 40-137-A].
2. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13:343-403.
3. Miserez M, Peeters E, Aufenacker T, Bouillot JL, Campanelli G et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2014;18:151-63.
4. Pawanindra L, Philips P, Chander J, Ramteke VK. Is unilateral laparoscopic TEP inguinal hernia repair a job half done? The case for bilateral repair. *Surg Endosc*. 2010;24:1737-45.
5. Dulucq JL, Wintringer P, Mahajna A. Totally extraperitoneal (TEP) hernia repair after radical prostatectomy or previous lower abdominal surgery: is it safe? A prospective study. *Surg Endosc*. 2006;20:473-6.

6. Estour E. Hernies étranglées. Intérêt de l'abord TAPP. *J. Coeliochir.* 2012;83:7-11.
7. Beck M, Péliissier E, Ngo P. Traitement des hernies de l'aine étranglées. *EMC - Techniques chirurgicales - Appareil digestif.* 2015;10(4):1-8 [Article 40-139].
8. Beck M, Arvieux C. Traitement coelioscopique des hernies de l'aine étranglées. *J. Coeliochir.* 2015;96:28-32.
9. Stoppa R. Survol historique de la chirurgie des hernies. De la castration à la haute technologie. *Histoire des sciences médicales.* 2001;35(1):57-70.