

Les nouvelles techniques d'implantation des prothèses ventrales : le catalogue, nos choix.

Philippe NGO, Olivier OBERLIN, Edouard PELISSIER, Hubert JOHANET, Jean-Pierre COSSA

Résumé

La cure des hernies ventrales par voie mini invasive était limitée à la voie coelioscopique intra péritonéale IPOM (Intra peritoneal onlay mesh), dont le but était de diminuer le risque infectieux et cosmétique de la laparotomie, tout en améliorant le confort post opératoire. Il est cependant reproché à cette technique de créer des douleurs liées à la fixation de la prothèse et des adhérences entre la prothèse et les viscères.

Afin d'éviter ces inconvénients, se sont développés depuis 3-4 ans, de nouvelles techniques mini-invasives évitant la mise en place de prothèse dans la cavité abdominale.

L'inventivité des chirurgiens est féconde et la liste des nouvelles techniques n'est pas exhaustive. Je ne fais que citer ELAR (Endoscopic Linea Alba Reconstruction) et MILAR (Mini Invasive Linea Alba Reconstruction), dans ces deux techniques la prothèse est placée au niveau du feuillet antérieur de la gaine des droits. La mise en place d'une prothèse dans l'espace rétro musculaire nous semble plus séduisant, les techniques sont nombreuses et il faudra choisir dans ce catalogue.

La voie endoscopique, l'incision limitée, la voie mixte (incision limitée et endoscopie).

Par endoscopie, soit extra péritonéale : V TEP (hernie Ventrale par voie extra péritonéale), eTEP (Enhance totally extra péritonéal) ; TES (Totally extra peritoneal sublay mesh). Soit transpéritonéale : TARUP (Trans Abdominal Retromuscular Umbilical hernia Repair), TAR (Trans Abdominal Release)

Par une incision limitée, MILOS (Mini Invasive or Less Open Sublay operation), qui nécessite une instrumentation particulière dédiée à cette technique. La dissection de l'espace rétro musculaire permet la mise en place de la prothèse dans cet espace.

Par une voie mixte avec une incision en regard de la hernie et une dissection de l'espace rétro musculaire par endoscopie : eMILOS (endoscopically MILOS) et EARS (Endoscopically Assisted Rives Stoppa).

Par analogie avec les cures de hernies inguinales TIPP, TAPP et TEP, la prothèse est positionnée dans l'espace extra péritonéal et la voie d'abord est mini incisionnelle, trans- abdominale ou extra péritonéale.

La lettre r devant le nom de la technique signifie que le robot a été utilisé : rVTEP, rTARUP etc...

Pour notre pratique quotidienne, notre but était de reproduire sous coelioscopie les mêmes gestes que ceux de la chirurgie ouverte avec la mise en place d'une large prothèse positionnée dans l'espace rétro musculaire, et suturer les feuillets postérieurs des grands droits. Nous utilisons trois techniques :

V TEP : Trois trocarts sont mis en place dans l'espace rétro musculaire, soit dans la région sous costale (V TEP descendante), soit dans la région sus pubienne (V TEP ascendante) ou soit au bord latéral du droit (V TEP latérale). Pour ces trois abord les étapes sont identiques, passage de la médiane par section des feuillets postérieurs des droits en respectant la Linea Alba aponévrotique, libération rétro musculaire pour la mise en place de la future prothèse, reconstruction des feuillets postérieurs des droits, suture de l'orifice herniaire au moins pour les hernies de plus de 3-4 cm et mise en place de la prothèse dans l'espace rétro musculaire avec un débord de 5cm de la hernie.

EARS : Il s'agit d'une technique mixte, l'orifice herniaire est abordé directement et la dissection de l'espace rétro musculaire est amorcé dans toutes les directions sur environ 5cm. Puis une jupe hermétique (Alexis) est mise en place dans l'espace rétro musculaire. L'optique est introduit à travers le couvercle de la jupe et deux trocarts de 5mm sont introduits sous contrôle de la vue. La section de la médiane en arrière de la ligne blanche et la dissection rétro musculaire est complétée pour la mise en place de la future prothèse. L'aponévrose des droits est suturée et la prothèse est déployée.

La laparotomie est toujours utilisée pour les hernies ou éventrations de grande taille, lorsque les abords mini invasifs ne nous paraissent pas suffisamment maîtrisés.

En conclusion, la mise en place de la prothèse dans l'espace rétro musculaire évite les inconvénients de l'IPOM que sont la douleur de fixation et les adhérences entre la prothèse et l'intestin, et reste conforme au principe de l'école française défendu par RIVES et Stoppa.

Institut de la Hernie, Paris.