



Cure de hernie inguinale en ambulatoire

Rev Med Suisse 2011; 7: 1354-6

H. Raiss
M. Hübner
D. Abraszda
N. Demartines
H. Vuilleumier

Outpatient hernia surgery

Inguinal hernias are frequent and have an enormous socio-economic impact. Surgical treatment is indicated in most of the patients to relieve symptoms and to prevent complications. Modern treatment should focus on low complication and recurrence rates, short recovery times, and – last but not least acceptable costs. Inguinal hernia repair can be carried out by an open or minimal invasive approach. Surgery is traditionally performed under general anesthesia, but local or locoregional anesthesia are other feasible options. Nowadays, inguinal hernia surgery can easily be performed as an outpatient procedure. However, stringent selection criteria, an optimized infrastructure and a close and standardized follow-up are mandatory prerequisites in order to obtain excellent results under secure conditions.

Les hernies inguinales sont des pathologies très fréquentes en chirurgie générale et ont un impact socioéconomique très important. Le but du traitement moderne doit privilégier les techniques qui permettent d'obtenir un confort postopératoire maximal, un taux de récurrences ou de complications faible ainsi que des coûts acceptables. La cure de hernie inguinale est réalisée soit par voie antérieure ou herniotomie, soit par laparoscopie. L'intervention se déroule sous anesthésie générale; pour la voie ouverte, elle peut être réalisée sous anesthésie locale ou locorégionale. Aujourd'hui, la chirurgie de l'aine peut être réalisée en ambulatoire. Pour cela, certains critères de sélection, une infrastructure adéquate et un suivi postopératoire rigoureux sont absolument indispensables afin d'obtenir d'excellents résultats.

INTRODUCTION

La hernie inguinale est une des affections les plus fréquentes en chirurgie générale. Près d'un homme sur quatre sera atteint au cours de sa vie (moins de 3% des femmes). Sa fréquence s'accroît nettement avec l'âge.¹ Le but du traitement moderne doit privilégier les techniques qui permettent d'obtenir un confort postopératoire maximal, une période de convalescence courte, un taux de récurrences ou de complications faible ainsi que des coûts acceptables. Pour ce type d'affection, 80% des patients du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) bénéficient d'une prise en charge ambulatoire.

TECHNIQUES OPÉRATOIRES

La herniorraphie classique (Shouldice) est de moins en moins utilisée au profit d'autres techniques répondant au concept de réparation sans tension comportant la mise en place d'un filet prothétique (Lichtenstein – rives par voie inguinale ou par laparoscopie). Le renforcement pariétal avec un filet est associé à lui seul à une réduction du risque de récurrences de l'ordre de 50-75%.^{2,3}

80% des interventions sont réalisées par voie ouverte et 20% par laparoscopie. Parmi les techniques de renforcement pariétal sans tension de la paroi abdominale, la technique par voie antérieure selon Lichtenstein est la plus pratiquée.² Il existe deux procédés laparoscopiques pour réparation herniaire: la voie TAPP (*Transabdominal preperitoneal*) – avec ouverture du péritoine – et la voie TEP (*Totally extraperitoneal*) – sans ouverture du péritoine. La première technique est plus «aisée», mais porteuse d'une morbidité abdominale plus importante. Pour cette raison, la voie TEP devrait être privilégiée.³ L'analyse de la littérature permet de conclure que les résultats en chirurgie herniaire sont meilleurs lorsqu'un renforcement prothétique est utilisé, et le taux de récurrences, que ce soit par laparoscopie ou par voie ouverte, semble similaire.^{2,3} En revanche, après laparoscopie TEP, les douleurs postopératoires sont moindres, la récupération et le retour à une activité normale plus rapides.²⁻⁵



Il existe toutefois des contre-indications à la laparoscopie qui ne s'appliquent pas à la voie traditionnelle.^{2,4,5} Celles-ci, relatives ou absolues selon l'expérience du chirurgien, sont les suivantes: antécédents d'irradiation pelvienne ou de chirurgie extrapéritonéale, patients qui ne peuvent supporter une anesthésie générale et probablement, pour autant que le diagnostic soit posé avant l'intervention, persistance d'un canal péritonéo-vaginal, phénomène présent chez environ 20% des adultes.^{6,7}

L'évolution concomitante de la laparoscopie et des techniques d'anesthésie permet actuellement de proposer cette intervention de manière ambulatoire.

La tendance actuelle au sein de notre Service de chirurgie viscérale au CHUV est de proposer une approche laparoscopique pour une hernie primaire unilatérale, bilatérale ou récidivée après voie antérieure. La technique de Lichtenstein demeure le procédé de choix en cas de contre-indications à la laparoscopie.

COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES

Toutes techniques confondues, les complications postopératoires sont avant tout les récidives (3%), les infections de plaie (1%) et la douleur postopératoire persistante (10%), fréquemment négligée.^{8,7} Elle est plus fréquente si la hernie était douloureuse ou le patient âgé.⁹ Elle est présente dans près d'un tiers des cas mais est rarement importante et est parfois liée à un traumatisme nerveux.¹⁰ Le problème de douleurs chroniques postopératoires semble plus fréquent après voie ouverte que par laparoscopie.²⁻⁵

TECHNIQUES D'ANESTHÉSIE

La cure de hernie peut se faire sous anesthésie générale, locorégionale ou locale.¹¹⁻¹⁴ En général, le patient préfère plutôt une anesthésie générale en raison du confort de l'intervention car ils souhaitent «ne rien voir et ne rien entendre». Pour toutes ces raisons, la plupart des interventions que nous réalisons le sont sous anesthésie générale au masque laryngé et sous propofol, accompagnée d'une infiltration locale d'anesthésiques locaux en pré- et périopératoire qui soulagent la douleur postopératoire.¹⁵

OPÉRATION AMBULATOIRE: SÉLECTION DES PATIENTS ET ORGANISATION

Les patients potentiellement éligibles pour une intervention ambulatoire sont convoqués pour une consultation de préhospitalisation. Ils répondent à un questionnaire médical de dépistage standardisé destiné à identifier d'éventuelles comorbidités contre-indiquant une prise en charge ambulatoire. Les contre-indications que nous retenons sont principalement: la polytoxicomanie, l'éthylisme chronique, la cirrhose de classe Child B et C, les affections psychiatriques, les coagulopathies sévères, les conditions socioéconomiques défavorables (personnes seules à domicile, les problèmes de langue). Un chirurgien aîné confirme ensuite l'indication et l'éligibilité; il explique à chaque patient les modalités du traitement envisagé et son déroulement. Pendant cette consultation, un anesthésiste examine les patients.

Tableau 1. Examens paracliniques et préopératoires pour la sélection des patients

Hb: hémoglobine; Ht: hématoците; ECG: électrocardiogramme; Rx: radiographie.

Âges	Hommes	Femmes
< 40 ans	<ul style="list-style-type: none">Aucun examen (ou selon anamnèse)	<ul style="list-style-type: none">Hb, Ht
40-60 ans	<ul style="list-style-type: none">Glycémie, créatinineECGECG	<ul style="list-style-type: none">Hb, HtGlycémie, créatinine
> 60 ans	<ul style="list-style-type: none">Hb, HtGlycémie, créatinineECGRx thorax	<ul style="list-style-type: none">Hb, HtGlycémie, créatinineECGRx thorax

Les examens paracliniques à pratiquer sont définis selon un protocole (tableau 1). Finalement, chaque malade reçoit une feuille d'information fixant la date et l'heure de la convocation au Centre de chirurgie ambulatoire et les conditions à respecter la veille et le jour de l'intervention. Il rentre à domicile le soir même s'il satisfait aux critères de sortie dits «d'aptitude à la rue». Ceux-ci sont définis par l'acronyme AAAAM: *awake, analgesia, ambulation, alimentation, miction*. Pour le retour à domicile, le patient doit être accompagné et ne doit pas passer seul la nuit qui suit l'opération. A son départ du Centre, une feuille d'instruction lui est remise, comportant le plan de suite du traitement et un numéro de téléphone d'urgence pour tout problème ou imprévu survenant à domicile. La médication antalgique pour la première nuit lui est remise directement pour éviter le passage par une pharmacie sur le chemin du retour. Si le malade ne satisfait pas aux critères de sortie ou présente une complication, il est alors transféré dans une unité d'hospitalisation classique.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le bilan de quatorze années d'activité de chirurgie herniaire au CHUV est satisfaisant. Nos résultats soutiennent la comparaison avec ceux de centres plus expérimentés, et la morbidité est faible. L'âge moyen des patients est de 42 ans (16-87 ans). Le taux d'hospitalisation non planifiée est insignifiant (0,15%) et le taux de satisfaction des patients est de 97%.

Du point de vue de la qualité des soins, l'excellent taux de satisfaction des malades démontre l'acceptabilité de cette prise en charge. Finalement, les éventuelles complications et le traitement postopératoire doivent être anticipés plus précisément qu'en hospitalisation classique et les malades, comme leur médecin traitant, doivent en être clairement informés.

La chirurgie ambulatoire est un concept autant qu'une pratique: elle implique une réflexion organisationnelle, thérapeutique et architecturale. Moyennant une sélection tenant compte autant de l'individu que de l'affection à opérer, des techniques anesthésiques et opératoires adaptées et une analgésie postopératoire planifiée, la chirurgie ambulatoire est efficace, sûre et acceptable pour les patients et leurs proches. ■



Implications pratiques

- > La chirurgie de l'aine peut être réalisée en ambulatoire dans 80% des cas
- > La chirurgie ambulatoire est efficace, sûre et acceptable pour les patients et leurs proches
- > L'âge avancé n'est pas une contre-indication à la chirurgie ambulatoire mais il faut savoir juger et anticiper les répercussions fonctionnelles de l'opération
- > La réparation sans tension comportant la mise en place d'un filet prothétique soit par laparoscopie, soit par voie ouverte, est la technique de choix en chirurgie herniaire
- > Le problème de douleurs chroniques postopératoires semble plus fréquent après voie ouverte que par laparoscopie

Adresse

Drs Hicham Raiss, Martin Hübner, Dritan Abrazhda
et Henri Vuilleumier
Pr Nicolas Demartines
Service de chirurgie viscérale
Département de chirurgie
CHUV, 1011 Lausanne
hicham.raiss@chuv.ch
martin.hubner@chuv.ch
dritan.abrazhda@chuv.ch
nicolas.demartines@chuv.ch
henri.vuilleumier@chuv.ch

Bibliographie

- 1 ** Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ* 2008;336:269-72.
- 2 * Karthikesalingam A, Markar SR, Holt PJ, et al. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia. *Br J Surg* 2010;97:4-11.
- 3 ** Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European hernia society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009;13:343-403.
- 4 * Langeveld HR, van't Riet M, Weidema WF, et al. Total extraperitoneal inguinal hernia repair compared with Lichtenstein (the LEVEL-Trial): A randomized controlled trial. *Ann Surg* 2010;251:819-24.
- 5 McCormack K, Wake B, Perez J, et al. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: Systematic review of effectiveness and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2005;9:1-203.
- 6 Bendavid R. Shouldice herniotomy. *Chirurg* 1997;68:965-9.
- 7 * Vuilleumier H, Hubner M, Demartines N. Neuro-pathy after herniorrhaphy: Indication for surgical treatment and outcome. *World J Surg* 2009;33:841-5.
- 8 Hubner M, Vuilleumier H, Demartines N. Sexual impairment due to mesh plug hernia repair? *ANZ J Surg* 2008;78:213.
- 9 Franneby U, Sandblom G, Nordin P, et al. Risk factors for long-term pain after hernia surgery. *Ann Surg* 2006;244:212-9.
- 10 Berndsen FH, Petersson U, Arvidsson D, et al. Discomfort five years after laparoscopic and shouldice inguinal hernia repair: A randomised trial with 867 patients. A report from the SMIL study group. *Hernia* 2007;11:307-13.
- 11 Liu SS, Stroutbeck WM, Richman JM, et al. A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg* 2005;101:1634-42.
- 12 Ballantyne JC, Kupelnick B, McPeck B, et al. Does the evidence support the use of spinal and epidural anesthesia for surgery? *J Clin Anesth* 2005;17:382-91.
- 13 Rodgers A, Walker N, Schug S, et al. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: Results from overview of randomised trials. *BMJ* 2000;321:1493.
- 14 Peiper C, Tons C, Schippers E, et al. Local versus general anesthesia for shouldice repair of the inguinal hernia. *World J Surg* 1994;18:912-15; discussion 915-6.
- 15 Moiniche S, Mikkelsen S, Wetterslev J, et al. A qualitative systematic review of incisional local anaesthesia for postoperative pain relief after abdominal operations. *Br J Anaesth* 1998;81:377-83.

* à lire

** à lire absolument