

Convalescence après cure de hernie inguinale

Dr BENJAMIN BLASER^a, Dre LAURA TOUSSAINT^{a,b}, Pr NICOLAS DEMARTINES^b et Pr MARKUS SCHÄFER^b

Rev Med Suisse 2022; 18: 1205-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.786.1205

La chirurgie pour hernie inguinale est l'intervention la plus pratiquée en chirurgie viscérale. L'intervention s'effectue par voie endoscopique ou ouverte, avec mise en place d'une prothèse. Pratiquée généralement sur un mode ambulatoire, la cure de hernie inguinale permet un retour aux activités quotidiennes et professionnelles précoces avec un taux de complications faible. Toutefois, le suivi postopératoire est peu standardisé. L'objectif de cet article est de proposer des recommandations simples et pratiques à l'attention des médecins de famille.

Convalescence after groin hernia surgery

Inguinal hernia repair represents one of the most common operations in general surgery worldwide. It is performed either as open surgery using a transinguinal approach or as minimal invasive procedure using a preperitoneal (endoscopic) or transabdominal (laparoscopic) approach, respectively. A mesh is always placed to reinforce the abdominal wall of the groin. Most interventions are nowadays performed in an ambulatory setting, and a short convalescence with early return to daily activities and work is possible. However, postoperative care is not yet widely standardized, and subsequently, off work periods are still often prolonged up to several weeks. This article provides simple recommendations to shorten postoperative convalescence.

INTRODUCTION

La hernie inguinale est une pathologie fréquemment rencontrée en chirurgie. De 27 à 43% des hommes et 3 à 6% des femmes vont présenter une hernie inguinale symptomatique au cours de leur vie.¹ Avec plus de 25 000 interventions en Suisse chaque année, la cure de hernie inguinale est l'intervention de chirurgie viscérale la plus pratiquée.² Elle s'effectue principalement en ambulatoire et doit permettre une reprise des activités le plus tôt possible. En Suisse, dès le 1^{er} janvier 2019, les opérations unilatérales de hernies inguinales sont prises en charge par l'Assurance obligatoire des soins (AOS) uniquement si elles sont effectuées en ambulatoire. Cette obligation a pour but de contribuer à freiner la hausse des coûts dans le domaine de la santé. Ainsi, la convalescence et le retour à une activité professionnelle rapide sont donc un enjeu socioculturel important.

^aService de chirurgie, Hôpital intercantonal de la Broye, 1530 Payerne, ^bService de chirurgie viscérale, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
benjamin.blaser@hibroye.ch | laura.toussaint@hibroye.ch | demartines@chuv.ch
markus.schafer@chuv.ch

Techniques opératoires

Le concept de réparation chirurgicale moderne, dit sans tension, consiste en la mise en place d'un filet. La cure de hernie inguinale peut être effectuée par abord chirurgical ouvert (technique de Lichtenstein) ou par endoscopie (TEP pour Total ExtraPeritoneal) et laparoscopie (TAPP pour Transabdominal PrePeritoneal). Une analgésie périopératoire sous forme de bloc nerveux ou d'infiltration locale est recommandée afin de diminuer les douleurs et par conséquent la consommation d'analgésiques postopératoires.³ Les opiacés doivent être évités.

Complications

Quel que soit le type d'intervention, les hématomes, séromes et infections de plaie sont les complications précoces après chirurgie herniaire.⁴ Ces complications peuvent avoir un effet sur la durée de la convalescence. Concernant le taux de récurrence (< 3%), comme pour les complications locales, aucune technique n'a fait preuve de sa supériorité par rapport à une autre.^{3,4} Les douleurs chroniques sont moins fréquentes après chirurgie mini-invasive comparées à la technique ouverte de Lichtenstein. Elles sont toutefois sous-estimées et peuvent être présentes dans 9,4 à 23,7% des cas après 4 ans.³ Les opérations en urgences, pour récurrence ainsi que les réparations bilatérales augmentent légèrement le taux des complications susmentionnées.

CONVALESCENCE ET TEMPS DE RÉCUPÉRATION

La convalescence se définit comme la période correspondant à la durée d'arrêt de travail et le temps séparant la reprise des activités quotidiennes et sportives.

Jusque dans les années 50, le temps de convalescence recommandé était de 6 semaines afin d'éviter les récurrences.⁵ La durée arbitraire de repos se basait sur des études animales qui mesuraient les forces et tensions des tissus en voie de cicatrisation.⁶ Les interventions chirurgicales se faisaient par suture avec tension (réparation selon Shouldice), sans renforcement prothétique. Par la suite, certains chirurgiens, dont Irvin Lichtenstein, ont commencé à proposer des reconstructions en ambulatoire avec mobilisation précoce, puis des cures de hernie inguinales avec pose de filet.⁷ Depuis les années 2000, les études portant sur la convalescence et le retour à une activité précoce ne recommandent plus de restriction d'activité physique ou de port de charge. Aucune n'a démontré qu'un retour rapide aux activités quotidiennes ou au travail augmentait le taux de récurrence ou de complications.⁸⁻¹¹ Les

recommandations de l'European Hernia Society préconisent une reprise de l'activité physique complète dans les 3 à 5 jours après chirurgie herniaire selon le ressenti et les douleurs résiduelles des patients.³ En conséquence, la convalescence ne correspond pas à un retour au travail ou activités quotidiennes sans symptôme ni gêne. Il faut alors parler de temps de récupération complet pouvant aller jusqu'à 6 semaines.

Le temps de récupération complet se définit comme la période depuis l'intervention jusqu'à la disparition de la moindre douleur ou gêne, même à l'effort physique le plus intense.

Activités professionnelles

Pour beaucoup de médecins, il est accepté que les « employés de bureau » aient des durées d'arrêt de travail plus courtes que les travailleurs de force. Plusieurs études recommandant une reprise des activités sans restriction dès le lendemain de l'intervention ont étudié la durée de convalescence en fonction de l'intensité physique du travail et les différentes techniques chirurgicales.^{8,9} Ces résultats sont résumés dans le **tableau 1**. Quel que soit le type d'activité professionnelle, les interventions endoscopiques/laparoscopiques permettent un retour plus rapide au travail comparé à la technique de Lichtenstein.

Les complications locales comme les hématomes, séromes et infection superficielles ainsi que les douleurs postopératoires prolongent la durée de la convalescence.¹⁰ Un autre facteur souvent mis en avant pour expliquer une durée d'arrêt de travail prolongée est l'attente préopératoire du patient.^{10,11} Les personnes travaillant à leur compte et celles qui s'épanouissent dans leur travail ont tendance à reprendre leur activité professionnelle plus rapidement. Une étude a démontré que si les patients s'attendent à reprendre leur activité professionnelle après 1 semaine et cela quelle que soit l'intensité physique de leur profession, la durée de l'arrêt de travail est alors similaire à celle d'un employé de bureau.¹⁰ En l'absence de recommandations préopératoires claires et en raison de discours discordant du médecin de famille, la durée de la convalescence est également prolongée.^{10,11}

Activités quotidiennes

Le retour à une activité professionnelle est un paramètre important après une chirurgie herniaire. Toutefois, lors de l'entretien préopératoire avec le chirurgien, les patients ont d'autres questionnements et attentes également. Les questions

TABLEAU 1 Convalescence après chirurgie herniaire

Le tableau indique la durée moyenne de la convalescence après chirurgie herniaire selon l'intensité de l'activité professionnelle.

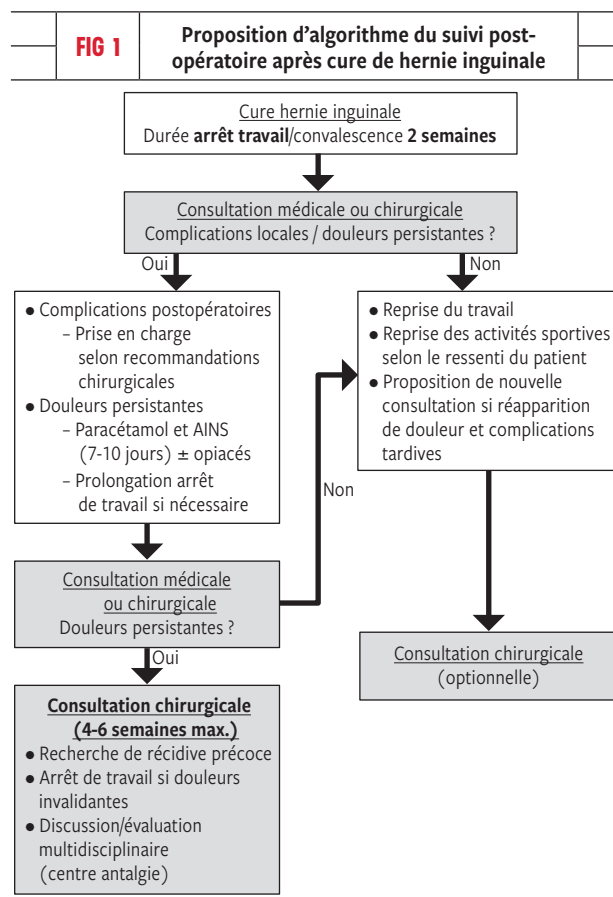
Intensité de l'activité professionnelle	Chirurgie ouverte (technique de Lichtenstein)	Chirurgie endoscopique/laparoscopique
Légère	7 jours	4-5 jours
Intermédiaire	10-13 jours	8 jours
Intense	16-17 jours	11-12 jours

(Adapté de réf. 3,7,8).

fréquemment posées concernent le temps avant reprise de la marche, de la conduite et des rapports sexuels. Il existe une grande variabilité de réponses données par les chirurgiens. En interrogeant séparément les chirurgiens sur les informations préopératoires données et les patients sur les reprises de ces activités après la chirurgie, il est démontré que les chirurgiens sous-estiment le retour à la marche (2 jours contre 5 pour les patients) et aux rapports sexuels (10 jours contre 14).¹² Patients et chirurgiens arrivent par contre à s'accorder sur la reprise de la conduite (7 jours).

Douleurs postopératoires et douleurs chroniques

Les douleurs chroniques inguinales postopératoires sont définies comme des douleurs persistant plus de 3 mois après l'intervention chirurgicale. Les facteurs de risque identifiés sont les douleurs postopératoires mal contrôlées, le jeune âge (< 40 ans), le sexe féminin, les récurrences herniaires et les complications postopératoires locales.³ On parle de douleurs nociceptives pour les douleurs liées au traumatisme tissulaire et de douleurs neuropathiques pour celles en relation avec une lésion nerveuse.¹³ Leur prise en charge est souvent un problème complexe avec de multiples composantes psychologiques, socioculturelles et organiques. Les douleurs chroniques ont tendance à diminuer en intensité avec le temps. Comparées à la chirurgie ouverte, les interventions par laparoscopie diminuent l'intensité des douleurs postopératoires ainsi chroniques.^{3,4,14} Les patients souffrant de douleurs invalidantes dans les activités quotidiennes et professionnelles représentent 0,5 à 6% des cas.³ En cas de



douleurs postopératoires persistantes et afin d'éviter l'installation de douleurs chroniques, une consultation chirurgicale précoce est recommandée. Le chirurgien évalue une potentielle récurrence herniaire, le type de douleur et la nécessité éventuelle d'une prise en charge multidisciplinaire (centre d'antalgie).

SUIVI POSTOPÉRATOIRE

Les complications locales et douleurs postopératoires sont les principales causes d'arrêt maladie prolongé. Le suivi postopératoire doit donc permettre de dépister les possibles complications, évaluer la reprise précoce d'une activité professionnelle et éviter l'installation de douleurs chroniques (figure 1). Selon les pratiques régionales, le suivi postopératoire peut être assuré par le chirurgien, le médecin de famille ou conjointement. En cas de complications locales ou de douleurs persistant après 4 semaines, une consultation chirurgicale est impérative.

CONCLUSION

La durée de la convalescence après cure de hernie inguinale n'a pas d'influence sur le risque de récurrence herniaire. Afin de permettre aux patients de reprendre rapidement leurs activités quotidiennes et professionnelles, il est important que le

médecin de famille et le chirurgien aient un discours similaire et correspondant aux attentes du patient. Une consultation avant la reprise du travail est recommandée afin de s'assurer de l'absence de complication postopératoire. En cas de douleurs persistantes ou inhabituelles, le patient doit revoir rapidement son chirurgien.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La durée de convalescence se définit comme la période correspondant à la durée d'arrêt de travail et le temps séparant la reprise des activités quotidiennes et sportives
- Un discours commun entre médecin traitant et chirurgien, ciblant les attentes du patient avant l'intervention, est important afin de diminuer la durée de convalescence
- La durée d'arrêt de travail pour une chirurgie herniaire conventionnelle devrait être de 2 semaines. Un arrêt prolongé ne diminue pas le risque de complication ou de récurrence
- En cas de complications locales, récurrences précoces ou douleurs persistantes, une consultation chirurgicale après 4 à 6 semaines postopératoires est nécessaire

1 Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: Inguinal and Incisional. *Lancet* 2003;362:1561-71.

2 Kefleyesus A, Demartines N, Schäfer M, Alleman P. Chirurgie des hernies de la paroi en 2018 : mise au point. *Rev Med Suisse* 2018;14:1214-1217.

3 **HerniaSurge Group. International Guidelines for Groin Hernia Management. *Hernia* 2018;22:1-165.

4 Bullen NL, Massey LH, Antoniou SA, Smart NJ, Fortelny RH. Open versus Laparoscopic Mesh Repair of Primary Unilateral Uncomplicated Inguinal Hernia: A Systematic Review with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. *Hernia* 2019;23:461-72.

5 Robertson GS, Burton PR, Haynes IG.

How Long Do Patients Convalesce after Inguinal Herniorrhaphy? *Current Principles and Practice. Ann R Coll Surg Engl* 1993;75:30-3.

6 Carlson MA, Chakkalakal D. Tensile Properties of the Murine Ventral Vertical Midline Incision. *PLoS One* 2011;6:e24212.

7 Lichtenstein IL, Shore JM. Exploding the Myths of Hernia Repair. *Am J Surg* 1976;132:307-315.

8 *Eklund A, Rudberg C, Smedberg S, et al. Short-Term Results of a Randomized Clinical Trial Comparing Lichtenstein Open Repair with Totally Extraperitoneal Laparoscopic Inguinal Hernia Repair. *Br J Surg* 2006;93:1060-8.

9 *Andersson B, Hallén M, Leveau P, Bergenfelz A, Westerdahl J. Laparoscopic

Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair versus Open Mesh Repair: A Prospective Randomized Controlled Trial. *Surgery* 2003;133:464-72.

10 **Bay-Nielsen M, Thomsen H, Andersen FH, et al. Convalescence after Inguinal Herniorrhaphy. *Br J Surg* 2004;91:362-7.

11 *Tolver MA, Strandfelt P, Forsberg G, et al. Determinants of a Short Convalescence after Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal Inguinal Hernia Repair. *Surgery* 2012;151:556-63.

12 Kulacoglu H, Celasin H, Karaca AS. Return to Outdoor Walking, Car Driving, and Sexual Activity Following Elective Inguinal Hernia Repair: Surgeons' Perspective versus Patients' Reality.

Hernia 2020;24:985-93.

13 Abrazhda D, Hübner M, Foletti A, Demartines N, Vuilleumier H. Algies après cure de hernie inguinale : que faire? *Rev Med Suisse* 2010;6:1288-91.

14 Scheuermann U, Niebisch S, Lyros B, Jansen-Winkel B, Gockel I. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein Operation for Primary Inguinal Hernia Repair – A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *BMC Surg* 2017;17:55.

* à lire

** à lire absolument