

CHPG

Hernie inguinale, quels traitements ?

Inguinale, ombilicale, hiatale... Toutes ces hernies ont une même caractéristique : la sortie d'une partie du contenu de l'abdomen (frange de graisse, intestin ...), par un orifice naturel de la paroi abdominale. La hernie inguinale est la plus fréquente, c'est la pathologie la plus opérée dans le monde.

La hernie inguinale est observée neuf fois sur 10 chez l'homme, favorisée par le passage à travers la paroi abdominale du cordon qui relie le testicule à la prostate, même si la hernie a des causes multiples, souvent, par exemple, un effort excessif. Le traitement qui ne peut être que chirurgical est impératif en raison du risque d'étranglement. Dans ce cas, la partie d'intestin sortie par l'orifice reste bloquée à l'extérieur pouvant provoquer une occlusion intestinale voire une nécrose de l'intestin car la vascularisation ne fonctionne plus. On imagine dès lors les conséquences...

Surtout chez l'homme

Rien qu'en France, on opère chaque année 200 000 hernies inguinales. Il faut savoir que

presque un homme sur trois verra apparaître une telle hernie. L'intervention chirurgicale consiste à réparer ou renforcer les muscles de la paroi abdominale à cet endroit. Au fil des ans, et particulièrement depuis le milieu du siècle dernier, les techniques de cette intervention ont beaucoup évolué, comme l'explique le docteur Hubert Perrin, chirurgien, chef adjoint du service de chirurgie générale et digestive du CHPG, dirigé par le docteur Maurice Chazal, où, chaque année, quelque 350 patients sont opérés d'une hernie inguinale.

Dans les années 1960-90, on utilisait la méthode Shouldice, celle-ci consistait à fermer l'orifice en plicaturant les muscles. D'où d'inévitables tensions mais aussi une proportion de récurrences non négligeable (en moyenne 8%).

La pose de filets

Après 1990, il y a eu un profond changement avec le passage à la méthode Lichtenstein et la mise en place de renforts pariétaux, la pose d'un filet entre les muscles, sans exercer de tension. L'amélioration a été sensible dès le début avec seulement 1 à 2% de récurrences mais aussi une réduction sensible de la douleur pour le patient même si pouvait subsister celle liée au frottement du filet. Progressivement, cette méthode a bénéficié d'améliorations techniques, c'est ainsi que les prothèses sont devenues très souples et très légères, en réalité, elles se fixent elles même et s'incorporent dans les muscles. De nouvelles prothèses sont des filets dont une partie subsiste mais dont une autre se résorbe naturellement. Comme on le voit, tout est bien différent. De plus, comme pour d'autres pathologies, au

début des années 2000, la coelioscopie a fait son apparition pour le traitement des hernies inguinales avec deux options : intra-péritonéale et extra-péritonéale, c'est-à-dire en avant du péritoine et juste en arrière des muscles. Pour sa part, le docteur Hubert Perrin pratique de préférence cette dernière estimant que la première peut comporter un certain nombre d'inconvénients, de risques inutiles. En revanche, il voit dans la coelioscopie extra-péritonéale beaucoup d'avantages : le nombre infime de récurrences, la quasi-absence de douleurs, la diminution du risque d'infection, une récupération accélérée permettant un retour beaucoup plus rapide aux activités physiques, sportives ou professionnelles...

Coelioscopie et ambulatoire

Il faut savoir, en effet, que la coelioscopie va aussi de pair avec le développement de la chirurgie ambulatoire. Neuf coelioscopies sur 10 sont pratiquées en ambulatoire, même en cas de hernie bilatérale. Petite précision : pour la coelioscopie, la prothèse est préformée avec une petite courbure permettant de laisser passer le canal cité plus haut. Bien évidemment, dans cette hypothèse de coelioscopie et d'ambulatoire, le retour à domicile le jour même est possible. Reste que cette technique n'est retenue que si la hernie n'est pas très volumineuse sinon le recours à la méthode Lichtenstein s'im-

pose, précise le docteur Perrin.

Le traitement de la douleur

Toutes ces évolutions entraînent évidemment des conséquences à la fois pour les anesthésies utilisées et pour le traitement de la douleur laquelle a fortement diminué. Comme on l'a vu précédemment, la mise en place de prothèses, en particulier les plus récentes, en supprimant les tensions sur les muscles a été un facteur majeur de réduction de la douleur. Les techniques d'anesthésie y contribuent aussi largement. C'est ainsi que, dans le cas de la méthode Lichtenstein, indépendamment de l'anesthésie générale, le chirurgien peut procéder pendant l'intervention à une anesthésie sur les nerfs sensitifs, indique ce praticien. Son effet sur la douleur postopératoire est indéniable et manifestement très appréciée par les patients. En cas de coelioscopie, la tech-



Le docteur Perrin lors d'une coelioscopie par voie extra-péritonéale. Doctor Perrin during a coelioscopy extraperitoneal.

nique est différente, l'anesthésiste, avant l'intervention, complète son anesthésie générale par une anesthésie locorégionale, qui sera efficace pendant plusieurs heures après la fin de l'intervention et le réveil du patient, facilitant ainsi le retour à domicile le jour même. Quoi qu'il en soit, les objectifs sont les mêmes : avoir une proportion de récurrences quasi-nulle, parvenir à une récupération très rapide et surtout rendre la douleur tout à fait supportable voire insignifiante. Noël METTEY

Inguinal hernias: how can they be treated?

Inguinal, umbilical and hiatus: all these types of hernia have the same characteristic – a part of the contents of the abdomen (including fat or intestine) exits through a natural orifice in the abdominal wall. Inguinal hernias are the most common type, and is the most frequently operated condition in the world.

Nine times out of ten, inguinal hernias are seen in men. They are enabled by the passage of the cord that attaches the testicle to the prostate through the abdominal wall, although hernias have many causes, frequently including excessive effort. Treatment, which must be surgical, is imperative due to the risk of stricture. In this case, the portion of the intestines that has exited through the orifice remains blocked outside, which may provoke intestinal occlusion or even intestinal necrosis, because the blood supply no longer functions. The consequences can well be imagined.

Mostly in men

200,000 inguinal hernias are operated on in France alone every year. A hernia of this kind will be suffered by almost one out of every three men. The surgical intervention consists in repairing or strengthening the muscles of the abdominal wall at this point. Over the years, especially since the middle of the last century, the techniques for this operation have developed a great deal, explains surgeon Doctor Hubert Perrin, Deputy Director of the General and Visceral Surgery Department at the CHBG, which is directed by Doctor Maurice Chazal, where some 350 patients are operated for inguinal hernias every year. In the years between 1960 and 1990, the Shouldice method, which consisted in closing the orifice by plicating the muscles, was used. This caused inevitable tensions, as well as a not insignificant proportion of recurrences (an average of 8%).

Meshes

A profound change was made after 1990 with the switch to the Lichtenstein method and the use of parietal reinforcement, with a mesh being placed between the muscles without exerting tension. There was a significant improvement from the start, with only between 1 and 2% of recurrences, as well as a notable reduction in pain for patients, although there was a certain amount of pain associated with friction from the mesh. The method gradually benefited from technical improvements, and the prosthetics became very flexible and light, attaching themselves and becoming incorporated into the muscles. New prosthetics take the form of meshes that remain in part, while another part is reabsorbed naturally. As we can see, everything is very different.

In addition, as was the case with other conditions, the beginning of the 2000s saw the introduction of coelioscopies for the treatment of inguinal hernias, with two options – intra-peritoneal and extra-peritoneal: that is, in front of the peritoneum and just behind the muscles. Doctor Hubert Perrin's personal preference is for the latter procedure, as he believes that the former can involve a number of inconveniences and pointless risks. He sees many advantages with extra-peritoneal coelioscopy, on the other hand: a very small number of recurrences, a virtual absence of pain, a reduced risk of infection and faster recovery times, enabling a much more rapid return to physical, sporting or professional activities.

“ La mise en place de prothèses a été un facteur majeur de réduction de la douleur. ”

The insertion of prosthetics has been a major factor in the reduction of pain..

Coelioscopy and outpatient treatment

Coelioscopy goes hand-in-hand with the development of outpatient surgery. Nine out of ten coelioscopies are performed in outpatient departments, even in the case of a bilateral hernia. One minor precision: in the case of coelioscopies, the prosthetic is pre-shaped with a small curvature, which enables the channel we mentioned above to be passed through. Of course, if a coelioscopy is carried out in an outpatient department, it is possible for the patient to return home the same day. This technique is only used if the hernia is not especially large, and in other cases the Lichtenstein method must be used, explain Doctor Perrin.

Pain treatment

Clearly, all these developments have consequences for the anaesthetics used and the treatment of pain, which is greatly reduced. As we saw previously, the insertion of prosthetics, especially the most recent versions, which eliminates tension on the muscles, has been a major factor in the reduction of pain. Anaesthetic techniques also make a major contribution. When the Lichtenstein method is used, therefore, in the absence of a general anaesthetic, the surgeon can anaesthetize the sensitive nerves during the intervention, says the clinician. This has an undeniable effect on post-operative pain, and is clearly very much appreciated by patients. The technique is different in the case of a coelioscopy: before the operation, the anaesthetist adds a loco-regional anaesthetic to the general one. The loco-regional anaesthetic is effective several hours after the end of the operation and after the patient wakes up, thereby making it easier for the patient to return home the same day. Whatever the case may be, the objectives are the same: to reduce the number of recurrences to almost zero, to achieve a very quick recovery, and above all to make the pain level quite bearable, or even insignificant. ●



**TERRASSEMENTS - DEMOLITIONS
LOCATIONS D'ENGINS T.P.**

Le Prestige - 25, chemin des Révoires - BP10
MC 98001 MONACO Cedex
Tel. +377 97 98 49 58 - Fax +377 97 98 49 60
m.cogebat@monaco.mc - www.jpastoretfiles.mc