

# Les hernies: petit bréviaire pour les non chirurgiens

Grégoire Pfander, Markus Gass, Christian Klaiber

Service de chirurgie, Spital Aarberg



## Quintessence

● Compte tenu de la diversité des hernies, nous estimons que l'approche thérapeutique à adopter ne peut se limiter à une seule et unique technique opératoire standardisée. Le choix d'une méthode chirurgicale adaptée individuellement permet d'optimiser des résultats déjà bons en soi. C'est en fin de compte au chirurgien traitant que revient le choix de la méthode à utiliser. Il nous semble utile, pour les raisons développées ci-après, de recourir à un concept thérapeutique pour choisir le type d'intervention.

## Summary

### A little hernia guide for the non-surgeon

● *We take the view that the wide variety of hernias cannot be treated by a single standardised surgical procedure. By selection of a surgical method adapted to the individual case it is possible to optimise already good results still further. The surgeon has the final decision as to the procedure he will use. For the reasons set out in this paper we feel it is helpful if the choice of operation is made as part of an overall treatment plan.*

## Quoi de neuf à propos de la chirurgie des hernies?

Le présent article a pour but d'énoncer les réflexions générales qui mènent à poser l'indication d'une cure chirurgicale de hernie et, qui déterminent le choix de la technique chirurgicale. Les recommandations actuelles concernant le suivi sont également formulées. Cet article s'adresse particulièrement aux médecins mandants et à ceux chargés des soins ultérieurs.

La laparoscopie a considérablement fait progresser la chirurgie abdominale. Bien évidemment, la cure de la hernie inguinale, qui reste l'intervention la plus fréquemment réalisée en chirurgie générale, a également bénéficié de ce développement depuis quelques années. Les méthodes jusque là avérées ont été remises en question et l'intérêt du chirurgien généraliste pour la chirurgie des hernies a fortement augmenté.

En Suisse, on pratique surtout les interventions suivantes:

- la technique à ciel ouvert selon Barwell respectivement Shouldice (duplication du fascia);
- l'opération à ciel ouvert selon Lichtenstein (implantation d'un filet prothétique);
- les méthodes de laparoscopie endoscopique (cœliochirurgie) avec implantation d'un filet

prothétique par l'intérieur: TAPP (TransAbdominoPre Peritoneal ou voie transabdomino-prépéritonéale, dite encore voie transpéritonéale) et TEP (Total ExtraPeritoneal ou voie extrapéritonéale).

Les nouveautés dans la chirurgie des hernies sont donc la large utilisation de l'implantation d'un filet prothétique et les techniques de laparoscopie endoscopique (cœliochirurgie).

## Quand y a-t-il indication opératoire?

Les hernies inguinales symptomatiques seront opérées en raison des douleurs et surtout du risque d'étranglement.

Devant les hernies asymptomatiques, une attitude d'attente est raisonnable chez la personne âgée qui présente des risques opératoires élevés, cela dans la mesure où la hernie est de petite taille et facilement réductible.

L'incidence annuelle d'un étranglement herniaire chez des patients non traités est de 0,3 à 2,9% [1]. L'incidence la plus importante est relevée chez les sujets de 70 à 80 ans. Le risque est également clairement augmenté pour les hernies non réductibles et les hernies de grande taille à orifice herniaire étroit. Le risque d'étranglement est plus faible pour les hernies directes (hernie médiale par rapport aux vaisseaux épigastriques) [1].

Les hernies fémorales ou crurales (hernie à travers l'anneau crural): ces hernies sont particulièrement importantes, même si elles ne représentent que 11% de l'ensemble des hernies de la région inguinale. En effet leur risque d'étranglement est de 50%. Les hernies fémorales/crurales surviennent surtout chez les femmes et peuvent facilement passer inaperçues. En raison du risque élevé d'étranglement, il est recommandé de ne pas attendre plus de quatre semaines pour intervenir [1].

Dans la plupart des cas, le diagnostic clinique de hernie inguinale est facile à poser. Pour l'examen, le malade est en position debout et effectue des manœuvres de Valsalva. Il arrive parfois que l'on n'arrive pas à confirmer la hernie suspectée, ce qui doit faire envisager le recours à des procédures d'imagerie et conduire éventuellement à poser l'indication à une laparoscopie. Il est im-

portant, devant toute occlusion intestinale, de rechercher une hernie étranglée.

Outre l'évocation d'une hernie, le diagnostic différentiel très large est dû au grand nombre de causes possibles de douleurs inguinales, notamment la coxarthrose, une déchirure douloureuse, une tendinite d'insertion des adducteurs, des adénopathies, un lipome, un anévrisme, des ectasies veineuses, une ectopie testiculaire inguinale, etc.

Même en présence d'une hernie, il peut exister des douleurs inguinales provoquées par l'une ou l'autre des affections évoquées ci-dessus.

En cas de doute, il est important d'en informer le patient avant l'intervention.

### Quelle intervention?

La discussion sur la «bonne» technique opératoire d'une hernie inguinale est en partie guidée par l'émotion. Les avantages et inconvénients des différentes techniques opératoires ont été diversement évalués et entraînent des interprétations contradictoires.

Par principe le chirurgien doit choisir une méthode d'intervention qu'il maîtrise parfaitement. Une méthode unique, comme par exemple l'intervention selon Bassini qui était le type d'intervention le plus fréquent au siècle dernier, ne répond plus aux exigences actuelles. Le traitement chirurgical des hernies fait actuellement appel à des méthodes comme celles selon Barwell-Shouldice, Lichtenstein, ainsi qu'à la mise en place préperitonéale par voie endoscopique d'un filet prothétique. Ces deux dernières procédures utilisent le principe de traitement «sans tension» avec implantation d'un filet comme endoprothèse.

La résistance initiale contre les implants (par crainte d'une réaction de rejet, d'infections ou même de développement d'une tumeur) a complètement disparu, même chez les opposants les plus farouches à ces méthodes.

### Opérations selon Barwell et Shouldice (fig. 1)

Dans l'opération selon Barwell, on mobilise le cordon spermatique à travers une incision transversale dans l'aîne, le sac herniaire est ligaturé et réséqué, le fascia transversalis est dupliqué et l'orifice herniaire est resserré. Ainsi l'émergence du cordon spermatique sera déplacée latéralement. Aucun matériel étranger n'est implanté dans cette technique.

Pour ce qui concerne la méthode selon Shouldice, le petit muscle oblique interne est fixé à l'arcade fémorale [2].

### Opération selon Lichtenstein (fig. 2)

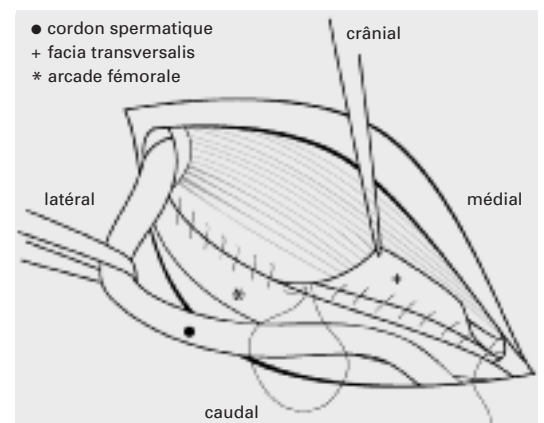
Le principe de l'opération selon Lichtenstein consiste en un renforcement «sans tension» de la paroi abdominale par suture d'un filet prothétique

entre l'aponévrose externe et le muscle oblique externe. Il s'agit là de l'intervention la plus fréquente. Comparée à l'intervention selon Shouldice-Barwell, l'opération selon Lichtenstein est techniquement plus simple, ce qui signifie également que la vitesse d'apprentissage est rapide. Les douleurs en postopératoire immédiat sont peu importantes et le taux de récurrence est faible [3].

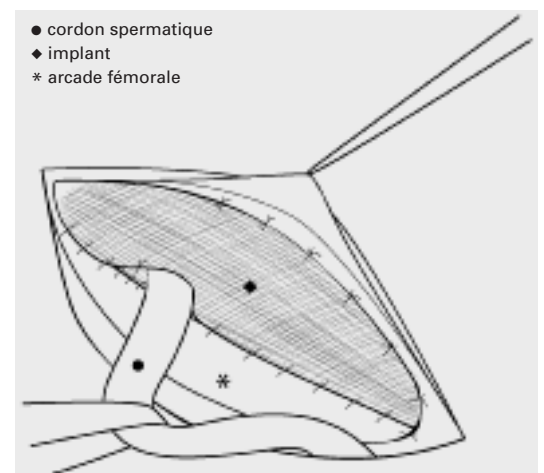
Les deux procédures opératoires proposées à ciel ouvert peuvent être réalisées sous anesthésie locale, sous rachianesthésie ou sous anesthésie générale.

### TAPP (TransAbdominoPrePeritoneal) ou approche transabdomino-préperitonéale (fig. 3 et 4)

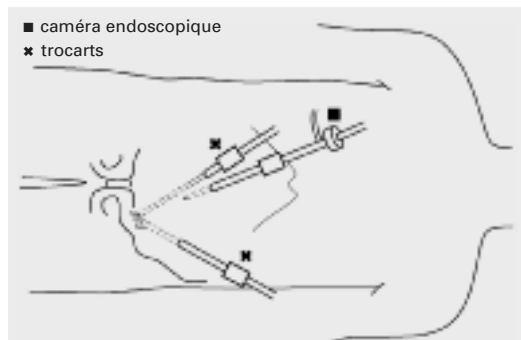
Au cours de la procédure TAPP, on utilise la voie laparoscopique, c'est-à-dire qu'on réalise un pneumopéritoine, le sac herniaire est détaché de l'intérieur et l'orifice herniaire est recouvert d'un filet prothétique placé entre le péritoine et la paroi abdominale (fascia transversalis). En règle générale, le filet sera fixé à la paroi abdominale



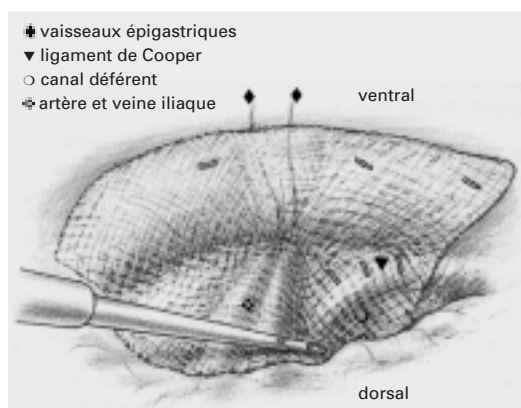
**Figure 1**  
Opération à ciel ouvert selon Barwell avec duplication du fascia transversalis.



**Figure 2**  
Opération à ciel ouvert selon Lichtenstein: implantation du filet sur le muscle oblique externe et l'arcade fémorale.



**Figure 3**  
Position de la caméra endoscopique et des trocarts lors de l'opération d'une hernie par voie endoscopique.



**Figure 4**  
Recouvrement de la zone inguinale de l'intérieur par implantation d'un filet lors d'une opération d'une hernie par voie endoscopique.

par des agrafes, des clips, ou depuis peu aussi par des points de colle.

#### **TEP (Total ExtraPeritoneal) ou voie extrapéritonéale (fig. 3 et 4)**

Au cours de cette intervention chirurgicale, le filet prothétique sera inséré entre le péritoine et la paroi abdominale sans ouverture de l'abdomen. La fixation du filet se fait de la même façon que dans le TAPP [4].

Ces deux méthodes endoscopiques s'appuient sur le principe des techniques à ciel ouvert de Stoppa et Rieves, qui ont été décrites pour la première fois en 1969 respectivement 1973.

Une anesthésie générale est nécessaire pour l'intervention sous cœlioscopie.

#### **Choix de la technique opératoire selon le patient**

Outre les préférences du chirurgien, le choix de la technique opératoire devra tenir compte aussi des facteurs suivants: âge du patient, qualité des tissus, taille de la hernie, taille de l'orifice, hernie primaire ou récidive, bilatéralité éventuelle, risque anesthésique.

En tenant compte de ces critères, nous travaillons depuis 1994 suivant le «concept de Aarberg» [5]:

- Opération selon Shouldice: hommes de moins de 35 ans et femmes en âge de procréer.
- Opération selon Lichtenstein: patients de plus de 35 ans, qui ne peuvent être opérés sous anesthésie générale ou qui ne le souhaitent pas.
- TEP: hernie primaire chez l'homme de plus de 35 ans, toutes les récidives de hernies déjà opérées à ciel ouvert chez des patients qui ont terminé leur croissance, hernies inguinales bilatérales et hernies fémorales/crurales.

Si nécessaire, des modifications sont apportées à ces directives internes, par exemple si le patient est un travailleur de force ou un sportif de haut niveau, ou encore si le patient préfère une autre technique.

#### **Commentaire**

Le concept thérapeutique repose sur les considérations suivantes: les patients jeunes présentant des hernies primaires ont des tissus de bonne qualité et ne nécessitent par conséquent pas d'implant pour renforcer la paroi abdominale. Plus le patient est âgé, plus un renforcement est nécessaire à l'aide d'un filet. Nous avons fixé la limite d'âge à 35 ans au vu des résultats de notre expérience personnelle.

Nous ne choisissons qu'exceptionnellement la TAPP, comme par exemple devant une volumineuse hernie, car il est alors possible de repositionner facilement le contenu herniaire sous contrôle direct de la vue. Les techniques endoscopiques sont particulièrement appropriées aux récidives multiples étant donné que l'ancienne voie d'abord cicatrisée peut ainsi être évitée. Les récidives des hernies opérées à ciel ouvert seront traitées par voie endoscopique et les récidives après technique endoscopique seront traitées à ciel ouvert [6].

#### **Complications**

Ce sont avant tout les récidives. Les causes possibles d'une récidive de hernie sont une faiblesse des tissus ou une technique opératoire non satisfaisante lors de la première intervention, ou bien encore il s'agit d'une hernie qui n'a tout d'abord pas été remarquée, comme par exemple une hernie fémorale.

Le taux de récidive pour toutes les techniques opératoires dépend en premier lieu de l'expérience du chirurgien. Pour la technique de Barwell respectivement Shouldice, le taux de récidive est de 3,4%; il est de 1,3% pour la procédure de Lichtenstein et de 1,9% pour les procédures endoscopiques [7]. On estime généralement que

les procédures «sans tension» avec un renforcement par filet ont un faible taux de récurrence.

L'incidence des infections de la plaie pour les procédures à ciel ouvert sans filet est de 1%, de 2,2% pour les procédures à ciel ouvert avec mise en place d'un filet et de moins de 1% pour les techniques endoscopiques [7].

Dans les méthodes à ciel ouvert, on observe avant tout des lésions des nerfs ilio-inguinal et iliohypogastrique. Dans 0,6% des cas, on peut observer une orchite ischémique dont la conséquence est l'atrophie du testicule [7].

Les complications des procédures endoscopiques sont notamment des hématomes et des séromes ainsi que des lésions du nerf génitifémoral.

Parmi les complications rares, mais particulièrement graves et liées à la voie d'abord, il faut évoquer des lésions des organes intra-abdominaux comme l'intestin ou la vessie.

Il est important que le médecin chargé de suivre le patient sache reconnaître une «pseudorécurrence» après une intervention endoscopique. Il s'agit souvent dans ce cas d'un sérome ou d'un vieux hématome, présent dans l'ancienne cavité herniaire. Les pseudorécurrences ont rarement une importance clinique et elles disparaissent avec le temps; il n'est donc pas question de les opérer.

L'échographie inguinale est particulièrement appropriée pour investiguer la réapparition d'une tuméfaction inguinale postopératoire.

Dans le cas d'un syndrome chronique douloureux après l'intervention chirurgicale, il faut tout d'abord penser à une des causes possibles évoquées plus haut dans les diagnostics différentiels. Mais il s'agit le plus souvent d'une névralgie liée

à l'intervention chirurgicale et atteignant les nerfs iliohypogastrique, ilio-inguinal ou génitifémoral.

D'un point de vue diagnostique et thérapeutique, on peut proposer une infiltration avec un anesthésique local, éventuellement avec un corticoïde. En cas de persistance des douleurs, une révision de la zone d'intervention doit être envisagée avec section du nerf en cause.

## Quand faut-il reprendre le travail?

### Le sport?

Il n'existe aucune donnée «evidence based» concernant les efforts pouvant être faits en postopératoire et le délai jusqu'à la reprise des activités physiques. Généralement, le chirurgien traitant définit le moment de la reprise des activités en fonction de l'état du patient.

De notre point de vue, les anciennes recommandations habituelles qui préconisaient de limiter les activités physiques pendant six semaines ne sont plus valables. A tous les patients chez qui un filet a été implanté, nous conseillons généralement une reprise immédiate de l'activité selon l'importance des douleurs. Il est recommandé aux patients ayant subi une intervention sans renforcement par filet de se ménager physiquement pendant deux à trois semaines après l'intervention. La reprise du travail doit être prescrite au cas par cas, sachant qu'elle a lieu au bout de deux semaines après l'opération chez la plupart des patients.

### Références

- 1 The Royal College of Surgeons of England: Clinical Guidelines on the Management of Groin Hernia in Adults. July 1993.
- 2 Shouldice E. The treatment of hernia. *Ont Med Rev* 1953;20: 670–84.
- 3 Lichtenstein I, Shulman A, Amid P, Montlor M. The tension-free hernioplasty. *Am J Surg* 1989;157:188.
- 4 Klaiber Ch, Metzger A, et al. *Manual der laparoskopischen Chirurgie*. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 1995 Verlag Hans Huber; 271–80.
- 5 Klaiber Ch, Banz M, Metzger A. Die Technik der total endoskopischen präperitonealen Netzplastik zur Behandlung von Hernien in der Leistenregion (TEP). *Minimal Invasive Chirurgie*, 1999 Zuckschwerdt Verlag, Vol. 8; 139–44.
- 6 Chiofalo R, Holzinger F, Klaiber Ch. Total endoskopische präperitoneale Netzplastik bei primären und Rezidivleistenhernien – Gibt es Unterschiede? *Chirurg* 2001;72:1485–91.
- 7 CAMIC: Konsensuskonferenz Hernienchirurgie – Magdeburg, 28.–30. 11. 2003. *Zentralbl Chir* 2003;128:601–11.

Correspondance:  
Dr Christian Klaiber  
Service de chirurgie  
Spital Aarberg  
Lyss-Strasse 31  
CH-3270 Aarberg  
[e-g.pfander@bluewin.ch](mailto:e-g.pfander@bluewin.ch)