

CURE DE HERNIE PAR INTERPOSITION D'UNE PROTHÈSE PRÉPÉRITONÉALE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE

P. Mendes da Costa
C.H.U. Brugmann, Bruxelles

HERNIA REPAIR BY TOTALLY EXTRAPERITONEAL APPROACH – 10 SURGICAL TRICKS (Abstract): During the last 6 years, 500 patients were operated by totally extraperitoneal (TEP) approach. The conversion rate was 1.2% and postoperative morbidity 0.8%. The mean operating time was 62.3 min for unilateral hernia and 75.7 min for bilateral hernias. The mean hospital stay was 4.3 days and recurrence was observed of 2.4% from all the patients. 10 rules which has to be respected during the surgical procedure are also presented.

KEY WORDS: HERNIA REPAIR, TOTALLY EXTRAPERITONEAL APPROACH (TEP)

EXPÉRIENCE ET RÉSULTATS

Pendant 6 ans, 500 malades ont été opérés de hernie par interposition d'une prothèse prépéritonéale par voie coelioscopique; tenant compte du nombre de hernies bilatérales, ceci représente 622 hernies. Il y avait 79% d'hommes et 21% de femmes, 80,5% de hernies unilatérales, 19,5% de hernies bilatérales; 55,9% de hernies inguinales droites, 44,1% de hernies inguinales gauches; dans 94,6% des cas il s'agissait d'une hernie primitive et 5,4% d'une hernie récidivante.

Il y avait 10% de hernies directes, 58,6% de hernies indirectes, 30,9% de hernies directes et indirectes et 0,8 % de hernie crurale.

Le taux de conversion dans cette série est de 1,2 % et les complications opératoires de 0,8 %. *La mortalité opératoire* est nulle. Les complications générales s'observent dans 0,5% des cas. *Les complications locales* sont de l'ordre de 14% (hématome, induration du cordon, sérome, hypoesthésie du genito-crural); toutes ces complications locales sont réversibles à 1 mois mis à part des douleurs résiduelles au niveau du cordon dans 0,5% des cas. Il est à noter que dans 9% des cas les patients avaient un antécédent de laparotomie sous-ombilicale.

La durée moyenne de l'intervention a été de 62,3 minutes pour les hernies unilatérales et de 75,7 minutes pour les hernies bilatérales.

Le séjour moyen hospitalier a été de 4,3 jours et le séjour moyen postopératoire de 2,3 jours. Dans le cadre du follow-up on a observé 2,4% de *récidives* chez les 500 malades, soit 1,9% pour l'ensemble des hernies traitées.

CONTRE-INDICATIONS À LA TECHNIQUE

Dans notre expérience, les contre-indications relativement *absolues* sont les hernies étranglées, les volumineuses hernies inguino-scrotales non réductibles et les contre-indications à une anesthésie générale; les contre-indications *relatives* sont les antécédents de prostatectomie par voie abdominale.

Cette technique chirurgicale nécessite un follow up à très long terme et dans une revue de la littérature portant sur 11 références de 1994 à 1997 et regroupant 2942 cas des hernies inguinales traitées par prothèse prépéritonéale par voie coelioscopique, on note un taux de récurrence à 1,6% et un taux de douleur résiduelle à 1,7%.

10 RÈGLES PRATIQUES

Les 10 règles qui permettent une bonne réussite de cette technique opératoire sont:

1. Une position adéquate du malade sur la table d'opération (permettant de dégager

- l'espace prépéritonéal) et un sondage urinaire.
2. Une bonne position des trocarts (les plus éloignés les uns des autres) avec un trocart ombilical de 10 mm pour la caméra, un trocart au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'horizontale par rapport à l'ombilic, un trocart de 12 mm pour pouvoir passer la prothèse et un trocart de 5 mm, 3 à 4 cm en dessous du trocart ombilical sur la ligne médiane.
 3. Recherche du plan prépéritonéal soit par dissection directe, soit au ballon, soit au visiport.
 4. Repérage des vaisseaux épigastriques qui doivent être laissés au plafond.
 5. Dissection de l'espace de Retzius.
 6. Dissection de l'espace de Bogros et repérage du psoas.
 7. Dissection atraumatique des éléments du cordon, repérage du type de hernie (directe, indirecte, les deux ou crurale) et réduction de celle(s)-ci.
 8. Interposition d'une prothèse large de 15 x 13 cm si hernie unilatérale et de 27 x 13 cm si hernie bilatérale avec fixation de la prothèse au pubis et à la face postérieure des muscles droits.
 9. Replier le malade en fin d'intervention en gardant une bonne vision par la caméra et désinsufflation progressive en gardant la prothèse appliquée sur le psoas.
 10. Mise en place d'un pansement compressif évitant l'apparition de sérome et enlèvement de la sonde urinaire avec comme conséquence dans les heures qui suivent un remplissage de la vessie permettant de bien appliquer la prothèse.