

ARTICLE ORIGINAL

TRAITEMENT DES HERNIES INGUINALES ET INGUINO-SCROTALES : EXPÉRIENCE DE L'HÔPITAL SAINT JOSEPH DE DATCHA (TOGO)

TREATMENT OF INGUINAL HERNIA AND INGUINAL-SCROTAL HERNIA: EXPERIENCE OF THE HOSPITAL OF SAINT JOSEPH DATCHA (TOGO)

KA SAKIYE *, I KASSENE **, K KANASSOUA ***, G SONGNE ****

* Chirurgien, assistant-chef de clinique des universités, hôpital Saint Joseph de Datcha (Togo).

** Chirurgien, assistant-chef de clinique des universités, Centre Hospitalier Universitaire de Kara (Togo).

*** Chirurgien, maître-assistant des universités, Hôpital Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

**** Chirurgien, Professeur agrégé des universités, Chef de service de chirurgie viscérale Hôpital Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

RÉSUMÉ

Objectif : présenter l'expérience de l'hôpital Saint Joseph de Datcha (Togo) dans la cure des hernies de l'aine. Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 24 mois. 142 patients dont 133 hommes et 9 femmes étaient enregistrés. Dans 44 cas, la hernie était étranglée. 81 patients étaient traités par la technique de Shouldice et 61 par la technique prothétique. La durée moyenne de l'intervention quant il s'agit d'une cure herniaire par la technique de Shouldice était de 60 minutes en moyenne; celle du procédé prothétique était de 45 minutes en moyenne. L'anesthésie locorégionale à type de rachianesthésie était pratiquée dans tous les cas. 2 cas de suppurations pariétales et 1 cas d'hématome postopératoire étaient observés. Avec un recul moyen de 2 ans, aucun cas de récurrence n'avait été noté.

Mots clés : hernie, inguinale, inguinoscrotale, prothèse, Shouldice.

SUMMARY

The treatment of inguinal hernias and inguinal-scrotal technique for prosthetic and Shouldice technique is also St. Joseph's Hospital Datcha. Our work aims to present the experience of St. Joseph's Hospital Datcha (Togo). This is a retrospective study over a period of 24 months. 142 patients, including 133 men and 9 women were registered. In 44 cases, the hernia was strangulated. 81 patients were treated by the Shouldice technique and 61 by prosthetic. The average duration of the intervention as it is a cure hernia by the Shouldice technique was 60 minutes on average than the prosthetic procedure was 45 minutes on average. The type of anesthesia with spinal anesthesia was performed in all cases. 2 cases of parietal suppuration and 1 case of postoperative hematoma were observed. With a mean of 2 years, no case of recurrence was noted.

Keywords : hernia, inguinal, inguinoscrotal, prosthesis, Shouldice.

Tirés à part:

SAKIYE K. A. chirurgien, Assistant-chef de clinique de chirurgie générale de l'Université de Lomé, Hôpital Saint Joseph de Datcha (Togo). E-mail: sakiyeaboza@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le choix d'un procédé de traitement chirurgical des hernies inguinales (HI) et inguino-srotales (HIS) a toujours posé un problème technique en raison du grand nombre de techniques disponibles et de l'absence de supériorité indiscutable de l'une ou l'autre d'entre elles. Le chirurgien doit choisir entre la herniorraphie et la plastie prothétique [1] ; la herniorraphie qui constitue le procédé classique expose aux aléas de la récurrence de l'ordre de 20% [2-7]. Les techniques chirurgicales modernes fondées sur l'utilisation d'une étoffe prothétique ont permis d'envisager la récurrence comme une éventualité rare : 1 % [8, 9] ; mais comme toute chirurgie de prothèse, elle est soumise au risque infectieux. Dans notre hôpital rural, la prise en charge des hernies fait aussi appel à ces différents procédés. Le but de notre travail est de faire part de notre expérience concernant le traitement des HI et HIS par la technique de Shouldice et la technique prothétique à l'Hôpital Saint Joseph de Datcha (au Togo).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude rétrospective, d'une durée de 24 mois (juin 2008 à juillet 2010) menée à l'hôpital Saint Joseph de Datcha, a concerné tous les patients opérés pour une HI ou HIS diagnostiquée cliniquement. Le traitement a fait appel à l'une des techniques suivantes : technique de Shouldice (herniorraphie) ou la technique prothétique avec usage de <<plug>>. La technique de Shouldice a consisté, après traitement du sac péritonéal et isolement des éléments du cordon, en la réalisation par du fil de Mersuture de 3 surjets aller-retour unissant le fascia transversalis, le ligament inguinal et le tendon conjoint et une suture en paletot de l'aponévrose de l'oblique externe. Quant à la technique prothétique, elle a consisté, après traitement et réduction du sac herniaire et introduction du plug dans l'orifice affleurant la surface et fixation par une couronne de points séparés au pourtour de l'orifice.

RÉSULTATS

L'âge moyen des patients était de 42,87 ans (extrêmes 15 et 84 ans). L'échantillon comprenait 133 hommes et 9 femmes. Il y avait 92 cas de HIS et 50 cas de HI. Dans 44 cas, les hernies étaient étranglées.

La technique de Shouldice a été appliquée à 81 patients et le plug aux 61 autres parmi lesquels 4 étaient admis pour une récurrence herniaire. Les patients ayant présenté une récurrence de la hernie avaient été traités par la technique de BASSINI.

L'anesthésie locorégionale à type de rachianesthésie était pratiquée dans tous les cas. L'antibioprophylaxie a été systématique. L'opération a été menée par voie classique oblique et inguinale transversale. Le drainage

était fait dans 3 cas de volumineuses hernies pour 2 ou 3 jours.

Dans les cas de HI ou HIS unilatérale non compliquée, la durée moyenne de l'intervention par la technique de Shouldice était de 60 minutes en moyenne (extrêmes 40 et 100 minutes) ; celle du procédé prothétique était de 45 minutes en moyenne (extrêmes 25 et 75 minutes).

Le lever post-opératoire précoce était la règle et aucun traitement anticoagulant n'a été prescrit. Le séjour post-opératoire a varié entre 3 et 5 jours avec une moyenne de 4 jours.

Tous les patients ont été revus régulièrement en consultation aux 1er, 3ème, 6ème mois et à un an, avec un recul de 1 an à 2 ans 6 mois.

- La mortalité opératoire a été nulle,
- les suites immédiates étaient dans l'ensemble satisfaisantes,
- toutes les complications infectieuses concernaient les cas de hernie traitée selon la technique de Shouldice : 2 cas de suppuration pariétale traitée par des soins locaux.

- Dans un cas de hernie traitée par le procédé prothétique on a noté un hématome postopératoire de la bourse qui a disparu après 3 séances de ponction aseptique de la bourse et une antibioprophylaxie.

Aucun patient n'a présenté une récurrence au 12ème mois post-opératoire.

DISCUSSION

Comme la plupart des auteurs nous sommes convaincus que les hernies de l'adulte sont acquises avec la présence d'une zone de déhiscence dont la simple pariétorrhaphie par remise en tension d'un fascia transversalis pathologique expose à long terme à la récurrence [10, 11]. Par conséquent un geste de renforcement de ce fascia s'impose [10, 12-14]. L'utilisation des prothèses tend à se développer dans notre pratique.

Le choix de la prothèse est dicté par ses qualités physiques de résistance et de plasticité, sa bonne tolérance biologique et la possibilité de sa colonisation par les tissus. Parmi les matériaux répondant à ces critères, le plus utilisé est le treillis de Mersilène [7, 8, 12, 15, 16].

La technique prothétique a l'avantage d'avoir une durée d'intervention moyenne plus courte avec moins de complications [1, 10, 11]. Pour Alaoui et al [2], la durée moyenne de l'intervention chirurgicale était de 75 minutes en moyenne dans le traitement prothétique des hernies inguinales bilatérales par voie médiane. Dans notre étude pour une hernie unique non compliquée, elle était de 60 minutes en moyenne pour le procédé de Shouldice et de 45 minutes en moyenne pour la technique prothétique.

Les complications infectieuses existent dans les 2

techniques et sont à redouter dans toute chirurgie prothétique. Mais dans notre étude, aucun cas d'infection postopératoire n'était noté dans les cas de cure par prothèse. Le risque infectieux est rendu faible si les règles d'asepsie sont respectées et les précautions de la chirurgie orthopédique appliquées [7, 8].

L'hématome postopératoire expose au risque d'infection, d'où la nécessité d'une hémostase soigneuse et d'un drainage systématique [10, 15, 20]. Dans notre série, 1 cas d'hématome postopératoire sur prothèse était enregistré. Toutefois certains auteurs contestent le drainage du fait de la faible incidence des hématomes postopératoires et d'un risque potentiel d'infection [6]. Dans notre travail, le drainage à l'aide de drain de Delbet a concerné 3 malades et les suites opératoires étaient simples. Nous pensons que dans notre contexte où nous enregistrons encore beaucoup de hernies volumineuses dites <<ayant perdu droit de domicile>>, l'utilisation systématique d'un drain serait d'un intérêt capital.

Le taux de récurrence, seul critère d'évaluation d'une technique de cure herniaire ne peut être apprécié qu'après un délai minimal de 2 ans [13]. Dans notre série où le recul moyen est de 2 ans, aucun cas de récurrence n'a été observé. Alaoui et al [2] dans leur série où le recul moyen était de 2 ans et demi avait relevé une seule récurrence en rapport très probablement avec une malfaçon technique. Il y a là l'intérêt de poursuivre

davantage les contrôles en vue de rechercher d'autres cas de récurrences dans notre série.

Les raphies classiques restent grevées d'un taux de récurrence élevé variant de 0,5 à 30 % selon la technique chirurgicale [2] ; alors qu'avec le traitement prothétique il est de 0 à 4 % [6, 7, 12]. Le problème est alors de définir l'attitude thérapeutique en cas de récurrence sur prothèse et en cas de récurrence sur raphie classique. En effet, en cas de récurrence sur la herniorraphie, la meilleure consiste à recourir à la technique prothétique. La cure d'une récurrence herniaire sur prothèse consiste à repérer la limite inférieure de la plaque insuffisante et de la prolonger par une nouvelle plaque qui protégera la région inguinale [2]. En cas de récurrence après un épisode de suppuration sur prothèse, l'ablation chirurgicale de la totalité du matériel prothétique s'impose avant la mise en place d'une nouvelle pièce prothétique.

CONCLUSION

Le traitement des hernies en vue de s'assurer d'une guérison sans récurrence reste encore difficile. Les procédés de cure herniaire sont multiples et aucun ne donne la garantie de sa supériorité par rapport aux autres techniques. Toutefois, nous sommes convaincus que la technique prothétique donne de meilleurs résultats.

RÉFÉRENCES

- 1- Péliissier E, Marre P, Damas JM. Traitement des hernies inguinales, choix d'un procédé. Encyclopédie médico-chirurgicale, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. 2000 ; 40-138.
- 2- Alaoui M. El, Berrada S, Mouatacim K. El, Kadiri B. Le traitement prothétique des hernies inguinales bilatérales par voie médiane. Médecine du Magreb, 1995, 52, 27-29.
- 3 - Detri Ph., Elghozi L. Hernies inguinales récidivées et récidivantes (56 opérés par voie sous péritonéale). Nouv. Presse Méd., 1977, 6, 3425-3428.
- 4 - Houdard C. Traitement des hernies inguinales non compliquées de l'adulte. Rev. Prat., 1987, 37, 45, 2749-2756.

- 5 - Houdard C., Stoppa R. Traitement chirurgical des hernies de l'aine. Rapport du 86ème congrès français de chirurgie (AFC). Monographie de l'association de chirurgie. Ed. Masson, 1984, 1, 96.
- 6 - Kron B. Un nouveau matériel et une technique simplifiée pour la cure des hernies bilatérales récidivées ou non par voie préperitonéale ou sous péritonéale. J. Chir., 1984, 121, 8-9, 491-494.
- 7 - Stoppa R., Warlaumont Ch., Verhaeche P. Tulle de Dacron et cure chirurgicale des hernies de l'aine. Chirurgie, 1983, 109, 847-854.

8 - Stoppa R., Henry X., Verhaeche P. La place des prothèses réticulées non résorbables dans le traitement chirurgical des hernies de l'aine. Chirurgie, 1981, 107, 5, 333-341.

9 - Stoppa R., Warlaumont Ch., Verhaeche P. Tulle de Dacron et cure chirurgicale des hernies de l'aine. Chirurgie, 1983, 109, 847-854.

10 - Baranger B., Tardat E., Guyon P., Darrieus H., Vicq Ph., Pailler J.L. Cure de hernie inguinale bilatérale par pariétoplastie prothétique sous péritonéale. Intérêt du PTFE. J. Chir., 1994, 131, 3, 117-120.

11 - Stoppa R., Verhaeche P., Marrasse E. Mécanisme des hernies de l'aine. J. Chir., 1987, 124, 2, 125-131.

12 - Boucard J.P., Pradayrol C. Cure des hernies inguino-crurales par voie sous péritonéale utilisant une prothèse de rhodergon à propos de 381 cas. Chirurgie, 1982, 108, 770-776.

13- Rives J., Lardennois B. La pièce de tulle de Dacron, traitement de choix des hernies de l'aine de l'adulte. Chirurgie, 1973, 8, 564-575.

14 - Stoppa R. Les hernies de la paroi abdominale. In : Chevrel J.P. Chirurgie des parois de l'abdomen, Berlin. Springer Verlag, 1985, 167-225.

15 - Alexabdre J.H., Dupin Ph., Levard H., Billebaud Th. Cure des hernies de l'aine par prothèse de mersylène "non fendue". La Presse Médicale, 1984, 13, n° 3, 161-163.

16- Petit J., Stoppa R. Evaluation expérimentale des réactions tissulaires autour des prothèses de la paroi abdominale en tulle de Dacron. J. Chir., 1974, 107, 667-672.

17 - Lechaux J.P., Le Rolland B., Rande M., Garin B., Boudouris O., Bars I. Hernioplastie inguinale prépéritonéale par prothèse de Rhodergon. Ann. Chir., 1991, 45, 5, 437-440.