

Hernioplastie préperitonéale par voie inguinale (TIPP) sous anesthésie locale

Transinguinal preperitoneal patch under local anesthesia

EP Pelissier, P Ngo

Institut Mutualiste Montsouris, Paris.

Mots clés

- ◆ Hernie inguinale
- ◆ Hernioplastie prothétique pré-péritonéale
- ◆ Vidéo

Résumé

La hernioplastie prothétique préperitonéale par voie inguinale, décrite initialement par Jean Rives, associe les avantages de la réparation préperitonéale et la simplicité de la voie d'abord inguinale. L'un des intérêts de la voie d'abord inguinale est la possibilité d'opérer sous anesthésie locale, dont les avantages ont été établis par plusieurs études comparatives. La technique de Rives, dénommée actuellement TIPP, étant facilitée aujourd'hui par la prothèse Polysoft, qui est dotée d'un anneau souple à mémoire de forme, elle est aisément faisable sous anesthésie locale, ce qui facilite la chirurgie ambulatoire.

Keywords

- ◆ Inguinal hernia
- ◆ Transinguinal preperitoneal patch
- ◆ Video

Abstract

The TIPP technique, which consists of placing the patch in the preperitoneal space by inguinal incision, through the hernia orifice, combines the advantages of the preperitoneal patch and inguinal approach. On the other hand, the advantages of local anesthesia have been established by many studies. Nevertheless, local anesthesia is not commonly used for preperitoneal repair. This video demonstrates the technique of TIPP under local anesthesia, in order to associate the advantages of both local anesthesia and preperitoneal repair.

Commentaire accompagnant la vidéo

Séquences ouverture

- Après infiltration du tissu sous-cutané, l'incision de 4 à 5 cm est tracée à l'aplomb de l'orifice inguinal interne.
- Une fenêtre est créée dans le tissu sous-cutané, à l'extrémité latérale de l'incision, pour découvrir l'aponévrose oblique externe.
- On injecte alors quelques millilitres de Lidocaine, juste sous l'aponévrose, en évitant d'injecter en profondeur, dans le cordon, pour ne pas provoquer un hématome.
- Pendant que l'anesthésie des nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique s'installe, on complète l'incision du tissu sous-cutané.
- L'aponévrose oblique externe est incisée jusqu'à l'orifice externe, en prenant soin de préserver le nerf ilio-inguinal.
- Le cordon spermatique est séparé de l'aponévrose oblique externe, puis il est récliné à l'aide d'un écarteur de Faraubeuf, et une injection est pratiquée au bord inférieur du cordon, près de l'arcade fémorale, pour provoquer l'anesthésie du rameau génital.
- Le crémaster est incisé, mais il n'est pas réséqué ; ses deux lambeaux sont séparés des éléments du cordon. Alors seulement le cordon est chargé sur un lacs. Cette manœuvre n'a pas été faite plus tôt, car il est préférable d'attendre que

l'anesthésie du rameau génital soit installée et parce que la manœuvre est facilitée par l'amincissement du cordon, après ouverture du crémaster.

- Le sac est infiltré, parce que le péritoine est très sensible à la douleur ; la dissection du sac aux ciseaux est facilitée par l'œdème provoqué par l'infiltration. A la fin de la dissection, la base du sac est infiltrée, puis, quatre ou cinq injections sont pratiquées dans l'espace préperitonéal, au pourtour de toute la région inguinale. Chaque injection est précédée d'une aspiration, pour éviter tout risque d'injection intravasculaire. L'infiltration du compartiment latéral est particulièrement importante, parce que dans cette région, le péritoine est plus adhérent et la dissection pourrait être plus douloureuse.
- Les vaisseaux épigastriques sont repérés au bord médial de l'orifice interne. Le sac est réintégré dans l'orifice interne, puis une compresse est introduite dans l'orifice interne pour amorcer la dissection préperitonéale.
- L'accès à l'espace préperitonéal, à travers l'orifice interne, se fait à l'aide d'une pince mousse courbe type Kelly, juste au-dessous des vaisseaux épigastriques.
- Lorsque le plan a été trouvé, la dissection est poursuivie au doigt, dans le plan avasculaire situé entre graisse préperitonéale et fascia. Du côté latéral, il est important de bien récliner le péritoine en direction médiale, pour permettre l'interposition de la prothèse entre péritoine et paroi.

Correspondance :

Edouard Pierre Pelissier, Philippe Ngo

Département médicochirurgical de pathologie digestive, Institut Mutualiste Montsouris - 42 boulevard Jourdan - 75014 Paris.

Séquences mise en place de la prothèse

- Après avoir retiré la compresse, on place un écarteur qui soulève les vaisseaux épigastriques et une lame malléable qui récline le péritoine en direction médiale.
- La pince qui saisit la prothèse est placée en dessous d'elle, pour que la courbure de la prothèse épouse la courbure de la paroi abdominale.
- La prothèse est introduite d'abord en direction du pubis en évitant d'introduire plus de la moitié, comme on aurait tendance à le faire naturellement.
- Les écarteurs sont retirés et placés au niveau du bord latéral de l'orifice interne pour soulever le muscle.
- La moitié latérale de la prothèse est alors introduite dans l'espace préperitonéal, sous le muscle transverse. Il est important de l'orienter en direction de l'épine iliaque et non vers l'ombilic, comme on aurait tendance à le faire naturellement.
- Le déploiement de la prothèse est complété en agissant sur le cerclage avec le doigt, alors que le patient exerce une contre-pression en poussant.
- L'efficacité du montage est vérifiée en s'assurant que le sac ne s'extériorise plus, lorsque le malade tousse. Aucune fixation n'est nécessaire.

Séquences fermeture

- L'aponévrose oblique externe est suturée par un surjet au fil résorbable en avant du cordon, en prenant soin de préserver le nerf ilio-inguinal. Il faut insister sur le fait que la prothèse et le nerf sont dans des plans différents.
- Après suture du plan sous-cutané, la peau est fermée par un surjet intradermique de fil à résorption rapide, et l'application de colle, sans pansement, permet la prise immédiate de douches.

Commentaires

- L'opéré pourra sortir dans deux ou trois heures.
- Nous utilisons 60 ml de lidocaine 1 % adrénalinée, diluée dans le même volume de sérum physiologique. Nous avons ainsi à notre disposition, 120 ml de lidocaine dosée à 0,5 % ; soit une quantité totale de 600 mg. Dans la majorité des cas, nous n'utilisons pas la totalité de la solution, sauf en cas de patient obèse ou de hernie bilatérale.

Voir la vidéo à http://www2.biusante.parisdescartes.fr/acad-chir/?ti_xxx=2011x10x2

Comments on video

- Local anesthesia is started by injecting 0.5% lidocaine in the subcutaneous tissue. A 4-5 cm inguinal incision is carried out. A window is created in the subcutaneous tissue to visualize external oblique aponeurosis. Injection of lidocaine is performed, just underneath aponeurosis, to anesthetize the ilio-inguinal and ilio-hypogastric nerves. Then section of the subcutaneous tissue is completed. External oblique aponeurosis is divided; care is taken to preserve the ilio-inguinal nerve. The spermatic cord is separated from external oblique aponeurosis. Then it is reclined and injection is performed at the lower border of the cord, to anesthetize the genital branch. The cremaster is divided but not stripped. The spermatic cord is then taped. Injections of lidocaine in the wall of the sac are performed and the sac is dissected. At the end of the dissection, the base of the sac is injected and four or five injections are performed in the preperitoneal space, all around the inguinal area.
- The sac is reduced. A gauze is introduced into the internal orifice to initiate preperitoneal dissection. Access to the preperitoneal space through the internal orifice is started with a blunt clamp, just underneath epigastric vessels - the main landmark to access the preperitoneal space - which are localized at the caudal edge of internal orifice. Then the finger is introduced into the internal orifice and blunt dissection is carried out in the avascular plane of dissection located between preperitoneal fat and fascia. At the lateral part of the groin, the peritoneum is carefully reclined medially, to allow interposition of the patch between peritoneum and abdominal wall.
- To introduce the patch, a retractor lifts epigastric vessels and a malleable retractor reclines the peritoneum medially. The larger end of the patch is introduced first in direction of the pubis. Then the retractors are removed and the lateral edge of internal orifice is lifted by two retractors. The lateral half of the patch is introduced in the preperitoneal space, underneath the transverse muscle, in direction of iliac spine. Then, asking the patient to exert a counter-pressure by straining, the surgeon achieves deployment of the patch by handling the memory-ring with the finger. Efficacy of the repair is checked by asking the patient to cough.
- External oblique aponeurosis is repaired over the cord, by a continuous suture of absorbable material. Subcutaneous tissue is approximated by a few stitches. Subcuticular suture with absorbable material is performed and glue is applied, without any dressing, to allow showers.