

Un peu d'histoire. Les bases historiques de la voie TEP. Le traitement chirurgical laparoscopique des hernies de l'aine par voie TEP ou par voie TAPP est une révolution en termes de voie d'abord de la chirurgie herniaire, mais s'inspire de concepts déjà bien établis par les générations de chirurgiens précédents. En effet, Henri FRUCHAUD, « homme de bravoure, anatomiste et chirurgien » comme le décrivait René STOPPA, prônait déjà en 1957 dans son livre, « La reconstruction profonde de la paroi abdominale dans toute la région de l'aine » et inventait la notion d'orifice ou entonnoir musculo-pectinéal. Par la suite, Lloyd Milton NYHUS, à qui on devra par la suite une classification des hernies de l'aine qui fait encore autorité, est un des tout premiers à populariser en 1959 l'approche préperitonéale des cures de hernies. Jean RIVES, en France, dès 1967, est l'initiateur de l'utilisation des prothèses (le Dacron) et de la voie postérieure. Et l'on doit à Jean Henri ALEXANDRE, en 1970, une technique modifiée de RIVES qui est, en fait, la version princeps de la technique TIPP. René STOPPA quant à lui, au même moment que RIVES, réalisait d'importants travaux sur l'utilisation d'une prothèse géante par voie postérieure en utilisant une laparotomie médiane. C'est au début des années 90 que l'abord laparoscopique fit ses débuts, dans l'enthousiasme qui suivit l'avènement de la cholécystectomie coelioscopique. Jean Louis DULUCQ, dès 1989, et Georges Frédéric BEGIN, inventèrent la voie TEP, suivis de très près par Joël LEROY et Gérard FROMONT qui popularisèrent la voie TAPP, générant ainsi la querelle toute amicale qui oppose encore les « TEPeurs » et les « TAPPeurs »... J'ai pour ma part adopté la voie TEP dès 1992 en quittant mon Maître Jacques PERISSAT pour m'installer « dans le privé ». Bien qu'étant l'un des membres fondateurs du GREPA, son service ne recrutait que peu de hernies de l'aine, mais son influence était très forte et la voie toute tracée... Bases anatomiques importantes. Sont rappelées ici : - La notion de ligne arquée (ou arcade de Douglas), - L'anatomie postérieure de la région inguinale, avec les vaisseaux épigastriques, la notion de triangle funeste ou (triangle de Doom) et de triangle de la douleur, - L'anatomie des nerfs qui traversent le triangle de la douleur, - La notion d'espace virtuel préperitonéal. Technique chirurgicale (film monté de 9 mn). Il s'agit ici de présenter grâce à des séquences vidéo une technique de voie TEP en ambulatoire qui se veut reproductible et peu dangereuse, car n'utilisant principalement que deux pinces fenêtrées atraumatiques pour la dissection, les ciseaux n'étant utilisée que sur des tissus fibreux (adhérences, séquelles inflammatoires). Une pince bipolaire est prévue pour des hémostases ponctuelles. On décrit tout d'abord la technique de l'ante-pneumopéritoine (vue externe puis interne). On montre ensuite avec des vues externes l'installation du patient, la pose des 3 trocarts (trocarts optique de 10 mm pour l'optique 0° et deux trocarts de 5 mm supplémentaires) et les gestes de sécurité qui s'y rattachent. On précise que les incisions et trajets de trocarts sont infiltrés par de la Naropéine. La séquence suivante explique la création de l'espace préperitonéal, virtuel, à l'aide de l'optique et d'un autre instrument. On s'attache à montrer par la suite une hernie directe, une hernie indirecte avec un volumineux sac, puis une hernie crurale avec un lipome incarcéré. Une courte séquence explique comment retendre le fascia transversalis au ligament de Cooper lorsque cela est nécessaire. La fin du film est consacrée à la pose du renfort pariétal dans le cas d'une hernie unilatérale puis dans le cas d'une hernie bilatérale. On précise que les renforts pariétaux ne sont plus fixés, sauf très rares cas de hernies géantes. Indications. La voie laparoscopique (donc la voie TEP) est, selon les international guidelines for groin hernia management publiées en février 2018, recommandée dans les cas suivants avec de forts niveaux de preuve : - Les hernies primitives simples unilatérales chez l'homme, - Les hernies primitives bilatérales, - Les hernies récidivées après abord antérieur, - Mais aussi après échec d'un abord antérieur et postérieur, mais seulement si le chirurgien est expert de l'abord laparoscopique, - Les hernies fémorales et les hernies de la femme, - Les hernies inguino-scrotales (plutôt la voie TAPP?). Des études montrent également que l'on peut opérer des hernies par voie TEP après la prostatectomie radicale, mais cela reste également le domaine des chirurgiens experts de cet

abord. Cet enthousiasme doit néanmoins être tempéré par les difficultés d'apprentissage de cette voie d'abord, qui peut, on le sait, être dangereuse entre des mains inexpérimentées.

Conclusions. - Un chirurgien expert peut pratiquement opérer toutes les hernies par laparoscopie. - Un adepte de la TEP doit cependant savoir maîtriser la TAPP. - L'inverse n'est pas nécessaire... - La voie TEP est restée fidèle dans l'esprit à la technique de STOPPA - Pas d'ouverture ni de fermeture du péritoine - Risque de plaie viscérale < TAPP - C'est surtout un choix d'opérateur ! - Les très bons résultats de cette technique doivent faire réfléchir nos sociétés savantes sur la nécessité de diffuser largement cette technique en créant des centres d'apprentissage dédiés.