

LA CURE DE HERNIE INGUINALE SELON LA TECHNIQUE DE LICHTENSTEIN SOUS ANESTHESIE LOCALE S.ROHR, B. ROMAIN, C. BRIGAND, J-P STEINMETZ Pôle des Pathologies Digestives Hépatiques et de Transplantation La technique de réparation des hernies inguinales selon Lichtenstein a été initiée en 1984 à Los Angeles par le Professeur Irvin Lichtenstein qui travaillait dans un Institut dédié à la chirurgie herniaire. Après l'engouement de la technique de raphie de Shouldice I. Lichtenstein a imaginé une technique de réparation utilisant une prothèse mise par voie inguinale (prothèse de Marlen) sans tension renforçant le fascia transversalis. Les premiers résultats ont été spectaculaires avec une très bonne tolérance de la prothèse, des suites opératoires moins douloureuses par rapport à la technique de Shouldice et un taux faible de récurrence (1 %) à moyen terme. Cette technique s'est développée de par le monde pour devenir le « Gold Standard » de la cure de hernie inguinale de l'adulte. Ph Marre de l'Académie de Chirurgie disait lors d'une séance de l'Académie de Chirurgie en 1996 « ce procédé est une excellente réponse à la question de santé publique que pose la cure de la hernie inguinale de l'adulte ». En 2018 the Hernia Surge Group qui regroupe de très nombreux experts internationaux de la chirurgie pariétale ont édité des recommandations pour l'ensemble de la prise en charge des hernies de l'aine (International Guidelines for groin hernia management – Hernia 2018, 22 : 1-165). Cette importante compilation de la littérature fait ressortir que l'intervention de Lichtenstein reste très pratiquée en Suède (64 % des interventions sur le registre national suédois en 2015) et moins pratiquée dans d'autres pays comme l'Allemagne (24 % des interventions sur le registre allemand de 2016). La technique de Lichtenstein reste la meilleure technique en comparant les techniques par voie inguinale. Néanmoins les techniques laparoscopiques (TAPP – TEP) ont le même taux de récurrences que la technique de Lichtenstein (< 1 %) avec cependant moins de douleurs chroniques et une reprise plus rapide des activités professionnelles. Le panel d'expert arrive à conclure que les techniques laparoscopiques ont un meilleur rapport bénéfices/risques que la technique de Lichtenstein. Les conclusions méritent d'être commentées et discutées. Concernant les complications post-opératoires la technique de Lichtenstein est responsable de plus d'infections de paroi et d'hématome que les techniques laparoscopiques. Néanmoins les complications à type d'éventration sur trocart sont spécifiques à la laparoscopie et les complications à type de rétention d'urines dépendent du mode d'anesthésie (les rétentions d'urines survenant exceptionnellement avec une anesthésie locale, uniquement possible dans la technique de Lichtenstein). Les complications graves (plaies viscérales ou vasculaires) apparaissent presque exclusivement dans la chirurgie laparoscopique. Ces taux varient de 0,1 à 1,4 % en chirurgie laparoscopique réglée. L'importance de l'expérience du chirurgien est bien mise en avant dans ces recommandations. La chirurgie laparoscopique type TEP nécessite une courbe d'apprentissage de 50 à 100 procédures alors que l'intervention de Lichtenstein ne nécessite que 5 à 10 procédures. Certaines situations particulières rendent les techniques coelioscopiques plus difficiles (séquelles de radiothérapie, antécédents de chirurgie pelvienne, dialyse péritonéale) et obligent à une approche antérieure. La pierre d'achoppement est la nécessité de réaliser une chirurgie en ambulatoire en particulier chez les sujets âgés et les patients ASA III voire VI. L'intervention de Lichtenstein est possible dans toutes ces situations en réalisant l'intervention sous anesthésie locale. L'anesthésie locale est une très bonne alternative à l'anesthésie générale et locorégionale pour les patients de plus de 65 ans en minimisant le risque d'infarctus du myocarde, de pneumonie et de thrombose veineuse et les patients classés ASA III ou IV. La réalisation d'une anesthésie locale associée au bloc ilio-inguinal et ilio-hypogastrique diminue les douleurs post-opératoires. La vraie problématique est la connaissance de l'anesthésie locale et locorégionale dans les cures de hernie inguinale. La présentation montre les différentes étapes de ce mode d'anesthésie qui est recommandé chez le sujet âgé dont l'obésité n'est pas une contre-indication. Les contre-indications à cette technique d'anesthésie sont peu nombreuses et se limitent aux hommes anxieux de moins de 30 ans, aux

hernies étranglées et bilatérales. Des résultats probants existent depuis longtemps en Europe et en Amérique du Nord. La cure de la hernie inguinale sous anesthésie locale devient même possible en Afrique avec l'emploi de prothèse antérieure (moustiquaire stérilisée) et la technique de Lichtenstein (New Engl. Of Medecine 2016 ; 374 : 146 – 153) Les résultats de ces hernies employant la technique de Lichtenstein sous anesthésie locale ont pu être améliorés avec l'adjonction d'hypnose (Hernia 2017, 21 : 59 – 63) Il semble donc que l'opération idéale décrite dans les dernières recommandations internationales (taux faible de complications, facile à apprendre, résultats reproductibles, reprise rapide de activités, coût faible) reste l'intervention de Lichtenstein, les techniques laparoscopiques (TEP) étant à réserver aux récurrences d'une voie antérieure.