

Disponible en ligne sur www.mdn.dz et sur www.atrss.dz /Revue Médicale de l'HMRUO, Volume 8 N°1



Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran
Docteur Amir Mohammed BENAÏSSA
LA REVUE MÉDICALE DE L'HMRUO
B.P 35 AHMED MEDAGHRI ORAN Tél: 041.58.71.79-83
Fax : 041.58.71.90 Email : hmruo@mdn.dz



Observation clinique

La chirurgie mini invasive en urgence : traitement des hernies inguinales étranglées par laparoscopie (à propos d'un cas)

S.ZATIR⁽¹⁾, A.BOUAZZAOUÏ⁽²⁾, S.BOUCHAKOUR⁽²⁾, H.LECHLECH⁽²⁾, K.ABDELLAOUI⁽²⁾, S.LAOUISSET⁽²⁾.

- (1) Service des UMC / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran
(2) Service de chirurgie générale / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran.



Résumé :

Les hernies inguinales étranglées sont des complications fréquentes en chirurgie d'urgence, le taux d'incarcération d'une hernie inguinale varie dans la littérature de 2.9% à 10%. L'abord inguinal classique antérieur est la voie la plus utilisée. Dans la plupart des cas, une double voie médiane et inguinale est de mise pour le traitement du contenu du sac incarcerated afin de réaliser une anastomose digestive. La voie ouverte n'est pas démunie de complications postopératoires à type d'éventration, d'éviscération ou de sepsis pariétal, surtout en cas de doubles abords abdominaux et inguinaux. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 66 ans, opérée en urgence pour hernie inguinale étranglée en toute sécurité par voie laparoscopique. La patiente a été mise sortante le premier jour postopératoire avec un lever et une reprise d'activité précoces. Les avantages de la voie laparoscopique ont été prouvés dans le traitement des hernies inguinales, l'approche coelioscopique en urgence reste controversée, Watson et al étant les premiers à rapporter une réduction de la hernie et de la résection intestinale par voie laparoscopique. Après cela, plusieurs auteurs ont exploré la faisabilité d'utiliser cette approche pour les hernies de l'aîne incarcerated et étranglées surtout par voie transabdominoprépéritoneale (TAPP), l'avantage de cette approche est de traiter l'occlusion et la réfection pariétale par le même abord.

Mots Clés : Hernie, Laparoscopie, Urgence.

Summary:

Strangulated inguinal hernias are common complications in emergency surgery. The incarceration rate for an inguinal hernia varies in the literature from 2.9% to 10%. The classic anterior inguinal approach is the most widely used route. In most cases, a double median and inguinal way is used for the treatment of the contents of the incarcerated sac, at the end of a digestive anastomosis. The open way is not without postoperative complications such as eventration or evisceration or parietal sepsis, especially in cases of double abdominal and inguinal approaches. We report in our observation a case of a 66-year-old patient operated on urgently for a strangulated inguinal hernia safely laparoscopically. The patient was discharged on the first postoperative day with an early rise and early resumption of activity. The advantages of the laparoscopic route have been proven in the treatment of inguinal hernias. The emergency laparoscopic approach remains controversial, Watson et al being the first to report a reduction in hernia and laparoscopic bowel resection. After that, several authors explored the feasibility of using this approach for incarcerated

and strangled groin hernias especially by the transabdominopreperitoneal way TAPP, the advantage of this approach is to treat the occlusion and the parietal repair by the same approach.

Keywords: Hernia, Laparoscopy, Emergency

©2021. HMRUO.MDN|Tous Droits Réservés

Introduction

La hernie inguinale incarcerated ou étranglée est l'une des complications chirurgicales les plus courantes, ainsi le risque d'étranglement varie entre 2.9% et 10% [1]. La définition d'une hernie inguinale étranglée est la perte des caractères de la hernie : elle devient non réductible, non impulsive et très douloureuse.

Les viscères du contenu du sac herniaire peuvent être étranglés si l'apport sanguin est interrompu vers ces derniers. Ainsi, une intervention chirurgicale s'impose en urgence.

Dans la majorité des cas, le traitement de la hernie étranglée doit être effectué en urgence par la voie classique antérieure et comporte un premier temps viscéral consistant à libérer l'intestin hernié, apprécier sa viabilité et éventuellement pratiquer sa résection. Le temps de réparation pariétale consiste habituellement en une herniorraphie, en raison du risque septique [2].

L'approche laparoscopique pour la réparation des hernies inguinales a été bien documentée dans la littérature et largement acceptée dans toute la pratique chirurgicale. Cependant, l'utilisation de cette approche pour la gestion des hernies incarcerated ou étranglées a été un problème controversé ; certains chirurgiens étant prudents dans l'utilisation de cette technique. Cela peut être attribué aux difficultés techniques rencontrées dans la réduction du sac herniaire, de son contenu et au risque accru de lésions iatrogènes [3].

Observation :

Il s'agit de la patiente BN, âgée de 65 ans qui se présente au niveau des urgences médicochirurgicales pour une tuméfaction inguinale droite douloureuse et non réductible. Le début de la symptomatologie semble remonter à 24 heures avec l'apparition d'une douleur au niveau de l'aîne suite à des efforts d'exonérations, sachant que la patiente est connue porteuse d'une hernie inguinale récidivante ayant été opérée en 2006 où elle a bénéficié d'une herniorraphie type MAC VAY.

À l'admission, la patiente était consciente, coopérative, état général conservé, apyrétique transit conservé, TA : 120/80, tachycardie à 100 BAT/min. L'examen de la zone d'appel retrouve une tuméfaction non réductible, non impulsive et douloureuse au niveau de l'aîne droite sans signes inflammatoires de la peau en regard.

L'examen de l'orifice controlatéral est sans particularités. Devant cette symptomatologie, un scanner abdominopelvien a été réalisé qui objective une hernie inguinale étranglée droite à contenu épiploïque souffrant avec un œdème réactionnel en regard. Le bilan biologique est revenu correcte en dehors d'une hyperleucocytose à 18000 élmts/mm³.

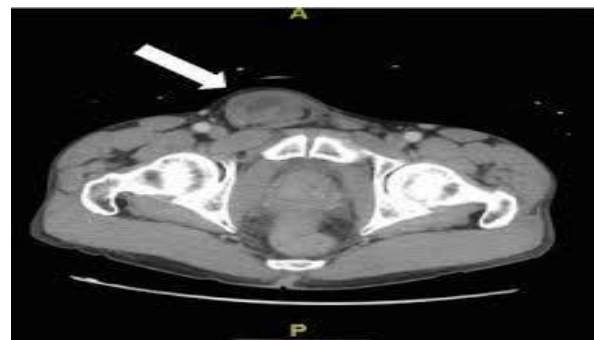


Figure 1: TDM abdominopelvienne.

Le diagnostic d'une hernie inguinale droite étranglée est posé, nous avons indiqués d'opérer la patiente par laparoscopie Transabdominopréperitoneale TAPP, en urgence après un accord d'anesthésie.

Technique opératoire

Transabdominopreperitoneale TAPP:

La patiente admise au bloc opératoire en décubitus dorsal, intubation endotracheale sous anesthésie générale.

Mise en place des trocarts en intra abdominal (**Figure 2**), insufflation du pneumopéritoine.



Figure 2: mise en place des trocarts

L'exploration de la cavité abdominale retrouve une hernie inguinale incarcerated dans l'orifice inguinal droit

faite d'épiploon en souffrance, pas de structures digestives associées.

Par ailleurs, l'exploration controlatérale ne retrouve pas de hernie inguinale ni crurale associées. On amorce notre réduction de la hernie en faisant attention à ne pas trop tirer sur l'épiploon pour ne pas engendrer des lésions sur le contenu du sac (**Figure3**), résection de la partie nécrosée de l'épiploon et réduction du sac herniaire.

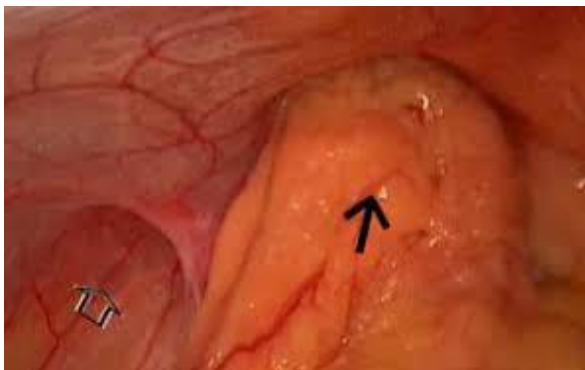
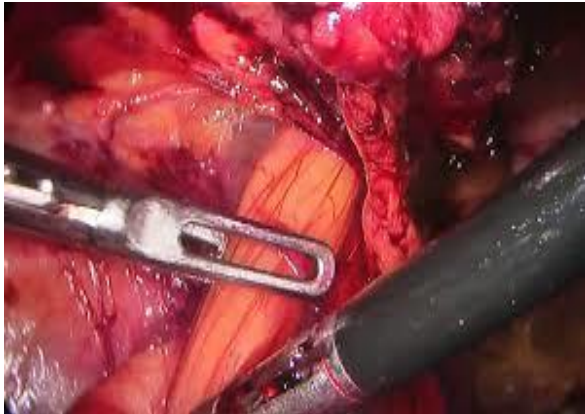


Figure 3 : Réduction de l'épiploon incarcerated.

Ouverture du péritoine pariétal en faisant attention à ne pas blesser les vaisseaux épigastriques et libération de l'espace de Retzius jusqu'au ligament de Cooper, dissection latérale vers le muscle du psoas pour agrandir l'espace prépéritonéal afin de mettre en place la prothèse 3D en toute sécurité. En fin d'intervention, fermeture du péritoine pariétal, exsufflation des gaz et fermeture des orifices des trocarts sans drainage (**Figure 4**).

La patiente a eu une bonne évolution postopératoire, une reprise du transit rapide et un lever précoce au premier jour postopératoire, elle a été mise sortante au deuxième jour après l'intervention.

Discussion :

La hernie inguinale est la pathologie la plus fréquente en chirurgie digestive, sa complication la plus redoutée est l'étranglement qui occupe une place non négligeable dans l'activité opératoire des urgences

chirurgicales (2.9%-10%) [1]. Il s'agit de l'une des urgences les plus fréquentes en chirurgie viscérale et digestive 4% [4].

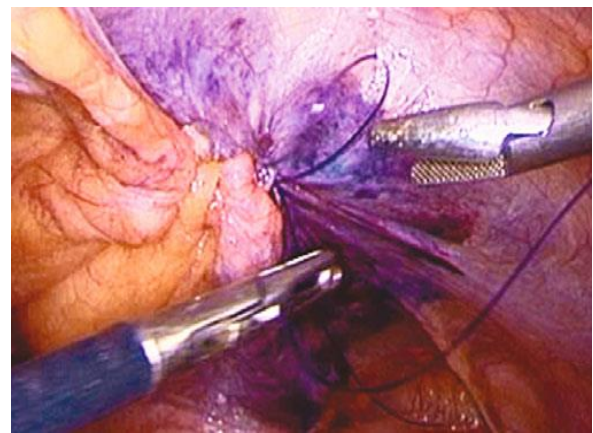
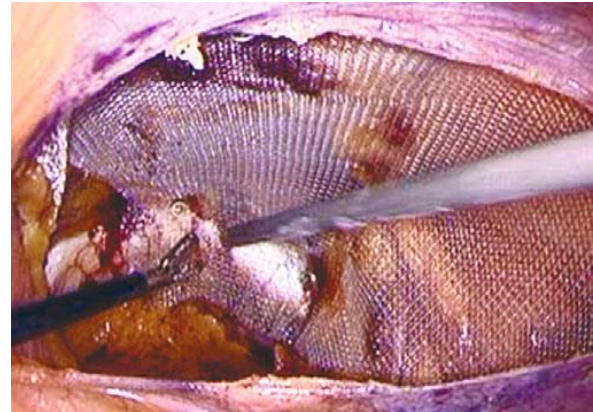


Figure 4 : Mise en place de la prothèse 3D et fermeture du péritoine.

La nette prédominance du sexe masculin a été rapportée par plusieurs auteurs, alors que les hernies crurales sont surtout l'apanage de la femme et leur étranglement est plus fréquent [5].

Le traitement chirurgical en urgence est de mise, vue les nombreuses complications de l'étranglement herniaire, à savoir : l'occlusion, la péritonite et la nécrose intestinale.

La voie d'abord inguinale itérative est la voie la plus utilisée en urgence et la plus recommandée, parfois elle est associée à une laparotomie médiane quand il existe une nécrose entérale ou un syndrome péritonéo-occlusif pour vérifier le contenu du sac herniaire et de faire une résection anastomose. Ce qui fait que le patient aura deux larges incisions avec toutes les complications possibles : le risque d'éviscération, d'éventration, sepsis pariétal et un long séjour hospitalier.

Les progrès des techniques chirurgicales ont permis d'utiliser l'approche laparoscopique en urgence, ainsi la chirurgie mini-invasive a ses propres avantages par rapport à la chirurgie ouverte, comme la réduction de

l'infection du site opératoire, de la douleur postopératoire et de la morbidité, en plus d'un séjour hospitalier plus court et de meilleurs résultats esthétiques. Actuellement, le traitement des hernies inguinales par laparoscopie est un traitement de choix, mais ce dernier reste controversé en urgence.

En 1993, Watson et al [4] étaient les premiers à avoir opéré une hernie inguinale étranglée en urgence avec une réduction de la hernie et une résection intestinale par voie laparoscopique [7]. Plusieurs auteurs ont exploré la faisabilité de cette approche pour les hernies de l'aine incarcerated et étranglées.

Dans la littérature, des auteurs ont comparé la laparoscopie à la chirurgie ouverte, le cas de Leibl et coll [7] qui ont publié une grande série de 194 patients réparant des hernies inguinales incarcerated en utilisant une approche TAPP. La répartition du traitement de cette série a été réalisée par voie ouverte dans 47 cas, et par voie laparoscopique dans 153 cas. Cependant, les 6 résections intestinales effectuées par laparoscopie ; la morbidité était de 3,8% moins que la voie ouverte. Ishihara and al [8.9] ont publié une série utilisant l'approche TAPP pour le traitement des hernies incarcerated, puis pour évaluer la viabilité intestinale avec un temps opératoire moyen de 88 minutes avec une complication qui a nécessité une laparotomie. Les résultats étaient très satisfaisants avec un taux de morbidité de 2% ainsi qu'un court séjour hospitalier en moyenne de 2 jours.

Les recommandations de 2018 de l'European Hernia Society et de l'American Hernia Society [10], concernant la prise en charge des hernies inguinales engouées et étranglées recommandent d'utiliser la voie la mieux maîtrisée et la plus facile pour le chirurgien. Cependant, la voie d'abord laparoscopique Transabdominopéritonéale TAPP est accordée avec un niveau de preuve grade « c » pour aborder les hernies étranglées et engouées vue les multiples avantages de la coelioscopie et de traiter l'étranglement et la hernie par la même voie d'abord et mettre une prothèse dans le même temps opératoire ce qui ne peut pas être fait par voie classique.

Nous avons opéré une patiente pour hernie inguinale engouée en toute sécurité par coelioscopie. Cet abord nous a permis de contrôler le contenu du sac ainsi que sa viabilité, de vérifier l'existence d'une hernie crurale associée surtout chez une femme et renforcer le plancher pelvien postérieur par une prothèse. La patiente est sortie au deuxième jour postopératoire, reprise de l'activité régulière au cours de la semaine. Notre patiente est revue en consultation trois mois après, l'examen clinique ne retrouve aucune récurrence au niveau de l'aine et pratiquement une disparition des cicatrices des orifices des trocars.

Conclusion :

Nous concluons que l'approche mini invasive laparoscopique, en particulier la TAPP, dans le traitement des hernies inguinales étranglées ou incarcerated est faisable en toute sécurité avec une expertise nécessaire. Ainsi, cet abord nous donne plusieurs avantages, à savoir de traiter l'étranglement et la hernie dans le même temps opératoire, un retour rapide à l'activité quotidienne, absence de sepsis pariétal et un court séjour hospitalier.

Cependant D'autres essais contrôlés randomisés sont nécessaires pour confirmer la supériorité de l'approche laparoscopique sur l'approche ouverte dans la gestion des hernies étranglées ou engouées.



Figure 5 : Disparition des cicatrices des trocars

Bibliographie

- [1] Primates P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. *Int J Epidemiol.* 1996;25:835–839 .
- [2] Nilsson H, Stylianidis G, Haapamaki M, et al. Mortality after groin hernia surgery. *Ann Surg.* 2007;245:656–660 .
- [3] Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, et al. Risk of strangulation in groin hernias. *Br J Surg.* 1991;78:1171–1173 .
- [4] Watson SD, Saye W, Hollier PA. Combined laparoscopic incarcerated herniorrhaphy and small bowel resection. *SurgLaparoscEndosc.* 1993;3:106–108 .
- [5] Ferzli G, Shapiro K, Chaudry G, et al. Laparoscopic extra-peritoneal approach to acutely incarcerated inguinal hernia. *SurgEndosc.* 2004;18:228–231.
- [6] Rebuffat C, Watson SD, Galli A, Scalambra MS, et al. Laparoscopic repair of strangulated hernias. *SurgEndosc.* 2006;20:13113–13114 .

- [7] Leibl BJ, Schmedt CG, Kraft K, et al. Laparoscopic transperitoneal hernia repair of incarcerated hernias: Is it feasible? Results of a prospective study. *SurgEndosc.* 2001;15:1179–1183 .
- [8] Ishihara T, Kubota K, Eda N, et al. Laparoscopic approach to incarcerated inguinal hernia. *SurgEndosc.* 1996;10:1111–1113 .
- [9] Ramshaw BJ, Tucker JG, Conner T, et al. A comparison of the approaches to laparoscopic herniorrhaphy. *SurgEndosc.* 1996;10:29–32 .
- [10] European hernia society guidelines 2018 .
- [11] Tschudi J, Wagner M, Klaiber C, et al. Controlled multicenter trial of laparoscopic transabdominal preperitonealhernioplasty vs Shouldiceherniorrhaphy. Early results. *SurgEndosc.* 1996;10:845–847 .
- [12] Vogt DM, Curet MJ, Pitcher DE, et al. Preliminary results of a prospective randomized trial of laparoscopic onlay versus conventional inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg.* 169:84–89, 1995; discussion 9–90 .
- [13] Hallen M, Bergenfelz A, Westerdahl J. Laparoscopic extra-peritoneal inguinal hernia repair versus open mesh repair: long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Surgery.* 2008;143:313–317 .
- [14] Pokorny H, Klingler A, Schmid T, et al. Recurrence and complications after laparoscopic versus open inguinal hernia repair: results of a prospective randomized multicenter trial. *Hernia.* DOI 10.1007/s10029–008-0357–1 .
- [15] Takata MC, Duh QY. Laparoscopic inguinal hernia repair. *SurgClin North Am.* 2008;88:157–178 .
- [16] McCormack K, Scott NW, Go PM, et al. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003:CD001785 .
- [17] Kapischke M, Schulz T, Schipper T, et al. Open versus laparoscopic incisional hernia repair: something different from a meta-analysis. *SurgEndosc.* 2008;22(10):2251–2260
Epub 2008 Mar .
- [18] Lal P, Kajla RK, Chander J, et al. Randomized controlled study of laparoscopic total extraperitoneal versus open Lichtenstein inguinal hernia repair. *SurgEndosc.* 2003;17:850–856 .
- [19] Wake BL, McCormack K, Fraser C, et al. Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) vs totallyextraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005:CD004703.
- [20] Cohen RV, Alvarez G, Roll S, et al. Transabdominal or totally extraperitoneal laparoscopic hernia repair? *SurgLaparoscEndosc.* 1998;8:264–268 .