

De quoi s'agit-il ?

Il s'agit de l'issue, à travers un orifice naturel de la paroi abdominale, d'une partie du contenu de l'abdomen (frange de graisse, intestin ...). Cet orifice naturel qui laisse passer les éléments qui vont au- ou qui viennent - du testicule (chez l'homme) a en fait une conformation de chenal tracé en chicane dans l'épaisseur de trois muscles. La hernie apparaît lorsque l'effet de chenal en chicane s'efface. La pression intra-abdominale, très élevée au cours des efforts, souffle alors le péritoine, écarte les muscles les uns des autres.

L'orifice herniaire est alors constitué, la hernie persistera, se reproduira indéfiniment (à part quelques exceptions de l'enfance).

Quels en sont les risques ?

Ils sont de deux ordres. Le plus fréquent quasi-inéluctable tient à la pérennisation de la hernie et à son accroissement progressif, source de gêne locale, entravant la vie quotidienne, la marche... Mais cette évolution se produit de façon très variable, en quelques mois ou quelques dizaines d'années. Le deuxième risque, plus rare, et assez peu prévisible est celui de l'étranglement. Il s'agit de l'incarcération d'un segment d'intestin, "coincé" dans l'orifice herniaire, par un oedème qui interdit le retour dans l'abdomen. C'est généralement très douloureux et cela nécessite une intervention en urgence pour limiter les dégâts intestinaux. En règle générale, c'est l'existence de ces deux risques qui conduit à traiter toutes les hernies, même lorsqu'elles sont peu gênantes.

Quel est le traitement ?

Le seul traitement possible est chirurgical. Le port de bandage, dans le meilleur des cas, ne fait que limiter le volume de la saillie, ne résout pas le problème. Il est souvent source d'inconfort, parfois de complications. Il ne constitue donc qu'une solution d'attente, parfois un pis-aller.

Quelle opération choisir ?

Les chirurgiens ont développé deux types d'opération, de conception différente, pour "réparer" les hernies inguinales.

Dans un cas, l'objectif est de reconstruire un chenal en chicane, avec les muscles, chenal aussi long et fin que possible; aucun matériel étranger n'est laissé en place. L'incision est située dans la région inguinale, en regard de la hernie.

Dans l'autre cas, il s'agit, non pas de restaurer le chenal, mais de doubler le péritoine, en profondeur, par un tissu synthétique dit "plaque", (dérivé de type nylon), assez rigide, qui s'oppose à l'issue des viscères. Cette option connaît une vogue grandissante avec l'essor de la chirurgie par laparoscopie qui permet la mise en place de ces "plaques". L'abord n'est plus local, inguinal, mais s'effectue par l'abdomen, soit par une incision traditionnelle, soit par des orifices de trocart de laparoscopie.

L'équipe chirurgicale de la Croix Saint Simon a une grande expérience de ces deux types d'opérations. Cette expérience nous a conduit à définir des indications pour chacune des interventions.

L'opération de Shouldice ?

L'opération de Shouldice, du nom du chirurgien canadien qui l'a décrite, est la version la plus achevée, la plus aboutie, la plus complète des réparations classiques, par voie locale, sans plaque. Elle peut être réalisée sous anesthésie locale, dure entre 40 et 60 minutes, ne comporte qu'un séjour hospitalier court (quelques heures à 2 ou 3 jours). Le taux de récurrence (réapparition d'une hernie au même endroit) ultérieure est très faible, inférieur à 1%. Les complications sont rares: hématome local, infection locale (moins de 1%), douleurs locales persistant quelques semaines ou mois (environ 1%). Plus exceptionnelle encore, (2 à 3 pour 1 000 opérations), une phlébite du cordon spermatique, thrombose de la veine du testicule, qui peut résulter en une atrophie testiculaire. Son risque est d'autant plus élevé que la hernie est plus volumineuse, descendant dans la bourse, nécessitant une dissection étendue, ou qu'il s'agit d'une récurrence, de dissection toujours plus délicate.

Les activités professionnelles, s'il ne s'agit pas d'un travail de force, peuvent reprendre vers le 7e jour, les activités physiques de fond vers le 15e jour, la solidité définitive n'est acquise que vers 2 à 3 mois.

C'est la technique que nous préconisons pour la grande majorité des hernies, en particulier chez les gens jeunes ou, au contraire, les sujets âgés, fragiles, dont l'état rend souhaitable une anesthésie locale.

La réparation par plaque

Elle peut donc s'effectuer par laparoscopie (quoique l'obésité, la grande taille de certaines hernies, et les récurrences multiples la contre-indiquent de façon relative). L'opération dure aussi entre 30 et 60 minutes. Elle nécessite une anesthésie générale.

L'hospitalisation est aussi brève.

La reprise de travail s'effectue vers le 5e à 7e jour, là aussi en excluant le travail de force. L'inconfort et les douleurs, entre le 2e et le 15e jours post-opératoires, sont moindres qu'après l'opération de Shouldice, surtout lorsqu'il s'agit d'une réparation bilatérale. Mais cet avantage est contrebalancé par quelques inconvénients: incertitude sur le devenir à très long terme de ces "plaques", risque de récurrence supérieur à 1%, surtout possibilité, même si elles sont rares, de complications liées à la laparoscopie (accidents liés au gaz insufflé, aux trocarts instrumentaux), alors que les complications locales (hématome, ...), et testiculaires devraient être aussi rares qu'après opération de Shouldice. A priori nous la réservons donc aux récurrences, surtout bilatérales.

Des informations plus détaillées vous seront fournies par votre chirurgien et votre anesthésiste, si vous le souhaitez.