

HERNIE INGUINALE EN AFRIQUE ET COELIOSCOPIE : UTOPIE OU REALISME ?

G. PALLAS, F. SIMON, P. SOCKEEL, O. CHAPUIS, R. JANCOVICI

RESUME • La hernie inguinale est une pathologie chirurgicale fréquente en Afrique. Elle a pour caractéristique d'intéresser surtout l'homme et d'être vue à un stade avancé voire compliqué. Sa prise en charge est chirurgicale, faisant appel jusqu'à présent à des techniques bien codifiées de pariéto-raphie. L'utilisation de matériel prothétique est rare parce qu'onéreuse. L'avènement des techniques vidéo-chirurgicales dont la diffusion est croissante dans les pays développés ne doit pas faire oublier qu'il s'agit de techniques toujours en cours d'évaluation, dont le coût est important eu égard à l'économie locale. Par conséquent, l'indication de ces techniques doit être bien réfléchie, posée en fonction du contexte local et tenir compte des contraintes spécifiques aux pays en voie d'émergence.

MOTS-CLES • Hernie inguinale - Afrique - Vidéo chirurgie.

INGUINAL HERNIA AND CELIOSCOPY IN AFRICA: UTOPIAN OR REALISTIC

ABSTRACT • Inguinal hernia is a common indication for surgery in Africa. Most cases involve men and are treated in advanced stages often with complications. Until now the benchmark technique for surgical management has been the well-defined herniorrhaphy technique. Use of prosthetic implants has been rare because of high cost. Recently there has been a growing interest in video-assisted surgery throughout developing countries. However this enthusiasm should not obscure the fact that the technique is still in the developing stage and thus is more costly for the local economy. Indications for video-assisted surgery should be carefully selected in function of local conditions as well as problems specific to developing countries.

KEY WORDS • Inguinal hernia - Africa - Video-assisted surgery.

Med. Trop. • 2000 • 60 • 389-394

La hernie de l'aîne est une pathologie chirurgicale dont la fréquence en fait un des premiers actes de chirurgie générale. L'éventail des techniques chirurgicales possibles permettait jusqu'à présent de répondre au polymorphisme de cette pathologie avec globalement de bons résultats. L'avènement récent de la laparoscopie a eu pour conséquence un véritable engouement pour cette nouvelle voie d'abord. En témoigne le nombre croissant de nouveaux articles dans les pays européens et développés. L'objectif affiché est l'évaluation de la technique avec, comme critère de jugement essentiel, l'appréciation du taux de récurrence. Si la polémique actuelle a le mérite de relancer le débat et l'intérêt d'une pathologie dont la prise en charge était devenue routinière voire rebanalisée, elle ne doit pas aboutir à l'élection d'une technique « idéale » choisie en fonction d'un contexte et de critères propres à un groupe de pays ; la situation dans beaucoup de pays moins riches est toute différente. Il s'agit, au plan clinique, de formes plus évoluées, à un stade plus souvent compliqué, tout ceci corrélé au plan santé

publique à une couverture sanitaire très inégale. Par conséquent, les priorités ne peuvent être les mêmes et les indications des techniques opératoires doivent être adaptées. Tel est le thème que nous nous proposons de traiter en discutant les indications en fonction des formes cliniques, étiologiques et de l'environnement. Ces éléments sont fondamentaux pour participer à la réduction globale de la morbi-mortalité de cette affection.

RAPPEL ANATOMIQUE

La région de l'aîne constitue un point de faiblesse privilégié de la paroi abdominale et ceci pour deux raisons : le passage du cordon spermatic chez l'homme qui se dirige vers la bourse et le passage des vaisseaux ilio-fémoraux à destination des membres inférieurs. Ces deux raisons expliquent les deux types de hernies de l'aîne que l'on peut rencontrer : les hernies inguinales situées au dessus de l'arcade crurale et les hernies crurales, en dessous de celle-ci.

Les hernies inguinales.

• Les hernies directes

Elles se situent en dedans des vaisseaux épigastriques et réalisent une défaillance plus ou moins complète du fascia transversalis. On pense qu'elles sont dues à la détério-

• Travail du Service de Chirurgie Générale et Thoracique (G.P., O.C., Spécialistes du SSA ; F.S., P.S., Assistants du SSA ; R.J., Professeur Agrégé du SSA, Chef de Service), Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart, France.

• Correspondance : G. PALLAS, Service de Chirurgie Générale et Thoracique, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart, France • Fax : 01 41 46 61 69 • e-mail : Orthopercy@aol.com •

• Article reçu le 7/07/2000 définitivement accepté le 15/12/2000.

ration de la qualité des tissus musculaires et aponévrotiques qui s'accroît avec l'âge. C'est pourquoi elle apparaissent après l'âge de 40 ans.

- *Les hernies indirectes dites obliques externes*

Comme le cordon, elles ont, tout au moins au début de leur évolution, un trajet en chicane qui débute en dehors des vaisseaux épigastriques au niveau de l'orifice inguinal profond, suit l'axe du canal inguinal oblique en bas et en dedans pour atteindre le plan superficiel sous-cutané au niveau de l'orifice inguinal superficiel. Ce type de hernie se rencontre le plus souvent chez l'adulte jeune, avec un pic d'incidence entre 20 et 30 ans.

Chez la femme, l'absence de cordon explique la moindre fréquence des hernies inguinales, le reliquat du ligament de Nucq, prolongement du ligament rond vers la grande lèvre, prêtant moins à conséquence.

Les hernies crurales.

L'orifice crural est situé en dessous de l'arcade crurale. Il s'agit d'un orifice plus étroit et moins extensible que l'orifice inguinal, ce qui explique que les hernies à ce niveau n'atteignent jamais le volume des hernies inguinales et qu'elles soient plus propices aux étranglements, notamment latéraux ou partiels, d'une anse digestive. Ce type de hernie est moins fréquent que la hernie inguinale et se voit volontiers chez la femme âgée en légère surcharge pondérale.

LES TECHNIQUES DE PARIETO-RAPHIE

Il s'agit de techniques de réparation pariétale sans apport de matériel prothétique. Il existe de nombreuses techniques, mais trois d'entre-elles sont les plus pratiquées : la technique de Bassini, la technique de Mac Vay et celle de Shouldice. L'ensemble de ces techniques a pour principe la réparation ou le renforcement du plan postérieur, tous les auteurs s'accordant pour dire que ce plan postérieur représente le plan de solidité de la région.

La technique de Bassini.

C'est la plus anciennement décrite.

Elle a pour avantages sa simplicité et donc sa reproductibilité, sa rapidité, sa faible morbidité et son coût faible, et comme inconvénient un taux de récurrence significativement supérieur en cas de hernie directe.

La technique de Mac Vay.

Elle consiste à abaisser le tendon conjoint au ligament de Cooper en associant une incision de décharge au niveau du feuillet antérieur de la gaine du muscle grand droit.

Son intérêt est de traiter à la fois les hernies crurales et inguinales. Mais elle impose des tensions importantes aux tissus, sources de douleurs post-opératoires. Elle est également grevée d'un taux de récurrence supérieur en ce qui concerne le traitement des hernies inguinales directes.

La technique de Shouldice.

Tout comme les deux précédentes techniques, elle consiste à réparer le plan postérieur. La différence tient au fait que la réparation associe plusieurs lignes de suture au fil d'acier.

Une étude récente a prouvé que cette technique avait le plus faible taux de récurrence par rapport aux autres techniques de raphie simples et que ce taux n'était pas supérieur par rapport aux techniques utilisant des prothèses. Ce critère de qualité fait de l'intervention de Shouldice la technique de référence à laquelle toute nouvelle technique doit être comparée si l'on veut l'évaluer. Les autres avantages sont la possibilité de remplacer le fil d'acier par du fil de Gore-tex ou par d'autres monofils non résorbables et plus répandus selon les circonstances et l'environnement où se trouve le thérapeute. Il s'agit aussi d'une technique peu coûteuse, réalisable en ambulatoire.

Elle présente cependant l'inconvénient de la dissection et de la réparation qui sont plus longues que dans la technique de Bassini.

Autres techniques.

Il existe d'autres techniques et d'autres variantes. Dans certains cas, seul l'orifice profond est renforcé si seul l'orifice profond est distendu. Parfois même, si le fascia paraît de bonne qualité, seul le sac sera traité sans réparation du plan profond.

LES TECHNIQUES DE PARIETO-PLASTIE

Les pariéto-plasties autologues utilisent les tissus musculo-aponévrotiques avoisinants pour venir couvrir la région inguinale. Depuis les progrès des nouveaux matériaux prothétiques, leur utilisation est devenue exceptionnelle. C'est pourquoi nous ne parlerons que des pariéto-plasties avec utilisation de prothèse. Là encore les techniques sont multiples, la « plaque » pouvant être fixée ou non, positionnée en avant des muscles ou en arrière, mise en place par voie d'abord de kélotomie ou médiane ou bien encore plus récemment par voie d'abord coelioscopique.

Prothèse placée en avant des muscles.

- *Technique de Lichtenstein*

La voie d'abord est celle de la kélotomie. Après dissection, le sac est simplement refoulé. La prothèse est échan-crée autour du cordon, positionnée en avant du fascia transversalis et fixée à l'arcade crurale ainsi qu'à sa périphérie par des points séparés.

- *Technique de Chastan*

Cette technique s'apparente à la précédente sur le principe, sa particularité étant une dissection plus large du plan sous-aponévrotique et donc l'utilisation d'une plaque plus grande.

- *Technique du Plug*

Le Plug, qui est une plaque de forme conique, est introduit par l'orifice défailant. Sa base s'étale quand on le lâche et vient s'ancrer sur le pourtour profond de l'orifice. Une plaque antérieure renforce l'ensemble.

Ces trois techniques réalisent une réparation sans tension, ce qui diminue les douleurs post-opératoires. Elles peuvent être pratiquées sous simple anesthésie locale et donc en ambulatoire.

Le risque de récurrence est supérieur par rapport aux interventions plaçant la plaque en arrière du plan profond. D'autre part, des migrations intratesticulaires du Plug ont été signalées ainsi que des douleurs post-opératoires plus fréquentes que dans les autres interventions.

Prothèse placée en arrière des muscles.

Positionner la plaque en arrière du plan musculo-aponeurotique semble plus logique pour s'opposer aux forces de pression intra-abdominale.

- *Voie d'abord ouverte classique*

- * Kélotomie

L'incision et le traitement du sac se fait de la même façon que dans les techniques de raphie simple. Le fascia transversalis est ouvert et toute la dissection de la région est faite par cette ouverture relativement réduite. Cependant, il en résulte justement des difficultés techniques pour mettre en place une plaque de grandeur suffisante et pour l'étaler correctement.

- * Technique de Pouliquen

L'incision cutanée est la même, mais on ouvre ici le bord externe de la gaine du grand droit sans disséquer le canal inguinal.

- * Technique de Stoppa et Rives

Le principe est également de mettre en place une plaque « postérieure » qui traite logiquement le plan profond. Mais ici, on utilise une voie d'abord plus large que dans les deux interventions précédentes. Il s'agit d'une incision médiane : l'espace pré et sous-péritonéal est disséqué, la plaque peut être placée, non fixée ou fixée selon les variantes. Son inconvénient est une morbidité supplémentaire due à la voie d'abord plus large, aux décollements plus importants. Si l'on décide de fixer la plaque, il existe un risque de léser les éléments nerveux : le nerf crural peut être pris dans un point. Son avantage est que la plaque plus facile à étaler, plus grande.

- *Voie d'abord coelioscopique*

Il s'agit de techniques plus récentes dont le principe est de mettre une plaque postérieure, mais par une voie d'abord mini-invasive correspondant aux orifices des trocars. Deux techniques ont cours actuellement.

- *Technique prépéritonéale*

Elle consiste à créer un rétro-pneumopéritoine, donc sans rentrer dans la cavité péritonéale. On réalise le même décollement, suffisant pour étaler la plaque. Comme en voie d'abord ouverte, la plaque peut être échancrée autour du cordon ou simplement recouvrir la région si celui-ci est pariétalisé. Devant la présence d'un orifice large, il est recommandé de fixer la plaque sur son pourtour pour éviter la migration et la récurrence.

Son inconvénient réside dans le fait que la vision de la région est plus restreinte, limitée entre la face postérieure de la paroi abdominale antérieure et la face antérieure et inférieure du péritoine.

- *Technique transpéritonéale*

Elle consiste à aborder la région en passant à travers la cavité péritonéale. Il est donc nécessaire de créer un pneumopéritoine. Le péritoine est incisé de l'épine du pubis jusqu'en regard du versant interne de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il sera referrmé, après positionnement de plaque, de façon la plus étanche possible pour éviter tout contact avec l'intestin grêle. Son inconvénient est la pénétration dans la cavité péritonéale qui peut apparaître illogique dans la mesure où la réparation porte uniquement sur l'espace pro-péritonéal. Le corollaire de cette voie d'abord est le risque d'occlusion sur bride en cas de fermeture incomplète de la brèche péritonéale ou de lachage de la suture. Un autre risque est la lésion de viscères intra-abdominaux. Mais l'avantage de la voie d'abord coelioscopique est la faible morbidité pariétale. Les douleurs post-opératoires sont minimales et la reprise des activités est supposée être plus précoce. Précisons qu'il s'agit d'une méthode qui est toujours en cours d'évaluation. L'intérêt au plan économique reste également à déterminer.

INDICATIONS

Faut-il opérer toutes les hernies ? C'est le risque évolutif de complications qui fera répondre par l'affirmative. La plus fréquente et la plus classique est l'étranglement hémiaire. C'est une complication redoutable qui engage le pronostic vital. C'est cette complication qui a prévalu en France au dogme systématique du traitement opératoire de toute hernie inguinale diagnostiquée. On se place donc dans le cadre d'une chirurgie préventive des complications. Le deuxième argument, moins catégorique, est fonctionnel. L'objectif est de réduire la gêne douloureuse et de permettre en conséquence la reprise des efforts physiques qu'imposent les gestes et travaux de la vie quotidienne. Le bandage hémiaire a pu permettre de « passer un cap » en maintenant de façon aléatoire la réduction de certaines hernies limitées, notamment chez des patients âgés ou présentant des risques anesthésiques. Mais il n'empêche pas les complications de survenir et a même été taxé de les favoriser. Il ne règle donc pas le problème des complications chirurgicales et n'apporte qu'une solution incomplète au problème fonctionnel. La chirurgie est bien le seul traitement radical de la hernie de l'aîne.

La multiplicité des techniques explique la complexité d'un choix. Même si une étude complète a montré que la technique de Shouldice était jusqu'à présent la technique de référence, une seule technique ne saurait convenir à l'ensemble des formes que l'on peut rencontrer (11). Le choix va dépendre de multiples facteurs : en premier lieu la forme anatomique de la hernie, directe, indirecte, son stade. D'autres nombreux paramètres vont également influencer : l'âge, l'étiologie, l'existence de complications ou de récurrence, l'état général, mais aussi les habitudes du chirurgien, les conditions environnementales, sociales et économiques où celui-ci est amené à dispenser ses soins.

Selon les formes anatomiques.

De nombreuses classifications existent dont le but est d'aider au choix du chirurgien. Globalement, en cas d'orifice large confinant au défaut pariétal, on sera plus enclin à compléter la réparation par l'adjonction d'une prothèse, quelque soit le type de cette réparation.

Selon l'âge.

La qualité des tissus musculo-aponévrotiques s'altère avec l'âge, le vieillissement engendrant une dégradation des fibres de collagène (8). Partant de ce constat, plus l'âge sera avancé, plus il sera logique de proposer une pariéto-plastie prothétique. En deçà de 40 ans, les indications de plaque doivent rester rares.

Selon l'étiologie.

La persistance d'un canal péritonéo-vaginal peut être traitée simplement par la dissection du sac et sa résection sans réparation pariétale puisque les fascia sont en général intègres.

Selon l'état général.

Une altération de l'état général fera porter le choix vers une intervention simple, rapide, à la morbidité la plus faible. Le but étant de remettre le patient sur pieds le plus rapidement possible afin de lui éviter les complications inhérentes au décubitus dont son état ne pourrait faire les frais. A une intervention idéale avec mise en place d'une plaque, on préférera une simple raphie sous anesthésie locale par exemple, même si le risque théorique ultérieur de récurrence est supérieur.

Selon l'existence de complications ou de récurrence.

L'existence d'une complication herniaire précipite l'indication opératoire. Contrairement à la chirurgie réglée, les règles habituelles qui régissent les indications opératoires sont inapplicables. Une intervention pratiquée en urgence impose en priorité le traitement de la complication viscérale. Le traitement de la cause, le défaut pariétal, ne vient qu'en second comme geste associé. Il se doit donc d'être rapide et simple pour ne pas alourdir la morbidité viscérale déjà présente. Au pire, le geste de réparation pariétale peut ne pas être fait dans ce premier temps de l'urgence et être différé à un moment où les complications viscérales auront été réglées.

Quelles sont les complications viscérales et quels types de réparation pariétale proposer ? L'étranglement herniaire peut être à l'origine d'un syndrome occlusif voire d'une nécrose, le plus souvent d'un segment grêle, imposant dans ce cas extrême une résection digestive adaptée. Qu'elle soit associée ou non à un rétablissement de la continuité, on entre dans le cadre d'une chirurgie propre contaminée, ce qui exclut toute utilisation de matériel prothétique étranger en raison du risque de sepsis de plaque. Le choix doit donc se porter vers les techniques de raphie simple.

Le cas des complications septiques, soit phlegmon pyostercoral herniaire, soit péritonite secondaire à la perforation

d'une anse digestive sphacélée ayant diffusé à la cavité péritonéale, impose non seulement la résection de l'anse digestive, mais également le traitement de la péritonite. Nous sommes dans le cadre d'une chirurgie hyperseptique : tout matériel prothétique doit être banni. Parfois même, il sera prudent de s'abstenir de toute réparation ou bien tout au plus pourra-t-on simplement fermer l'orifice responsable par une bourse sur le péritoine. Si le malade passe le cap aigu, une reprise secondaire pour réfection de la paroi pourra être entreprise plusieurs mois plus tard, bien après la défervescence de l'épisode infectieux et du syndrome inflammatoire.

Le cas des récurrences est sensiblement différent : il s'agit d'un échec d'un traitement antérieur. Par conséquent, le traitement qui va être proposé a pour but de mettre définitivement le patient à l'abri d'une deuxième récurrence. Contrairement aux autres types de complications que nous venons d'évoquer, le traitement se conçoit en général dans le contexte d'une chirurgie réglée. Il n'y a donc aucune contre-indication à l'utilisation d'une plaque, d'autant que sur une paroi déjà fragilisée par une intervention antérieure, il ne reste plus guère d'autre solution que d'apporter du matériel solide pour couvrir largement la zone de faiblesse pariétale. La meilleure voie d'abord est postérieure pour éviter de « repasser » par une région déjà disséquée, ce qui est délicat et source d'une morbidité sur les éléments du cordon.

Selon le contexte environnemental.

Les conditions d'exercice peuvent être très différentes d'un pays à l'autre et influencer grandement sur le choix de la technique.

C'est d'abord la notion de coût qui peut subordonner ce choix thérapeutique. Il est évident que les progrès en matière de bio-matériaux et l'avènement des nouvelles voies d'abord coelioscopiques ont pour conséquence d'augmenter le prix de revient de certaines interventions chirurgicales faisant appel à ces nouvelles technologies. Le problème est particulièrement crucial dans les pays en voie d'émergence. On conçoit que le budget d'un dispensaire isolé ou d'un centre de soins soit souvent limité : en l'absence de système de sécurité sociale, c'est donc souvent le patient lui-même ou la famille de celui-ci qui assure entièrement les frais du traitement. Quand l'indication chirurgicale est posée, le médecin prescrit le matériel nécessaire à l'opération. L'ordonnance est ainsi détaillée : nombre de flacons de perfusion, une tubulure, nombre de flacons anesthésiques, nombre de fils de suture, le cathon veineux et même le nombre de compresses et de seringues utiles au geste, sans quoi, et en dehors d'une situation matérielle confortable, l'intervention ne peut avoir lieu. Dans ces conditions, on comprend aisément qu'il faille porter le choix sur le matériel le moins coûteux. À ce titre, l'utilisation de matériel prothétique est exceptionnelle, réservée aux cas extrêmes et évolués. Il ne sera pas logique de financer une plaque de plusieurs milliers de francs type PTFE alors qu'avec ce même financement auraient pu être soignés plusieurs autres patients par des techniques de raphie simple.

L'autre conséquence qui découle du coût du traitement est la fréquence élevée des pathologies vues à un stade plus évolué, plus grave (8-10).

Les malades consultent d'autant plus tardivement que les délais de prise en charge sont majorés par l'espacement des centres de santé et des moyens de transport aléatoires fonction des saisons. Il ne s'agit plus du tout de la même maladie : d'une chirurgie réglée où la prise de risque est prévisible et donc la morbidité faible, on passe à une chirurgie de l'urgence grevée d'une lourde morbi-mortalité. Dans une série personnelle de 140 hernies de l'aîne opérées, 40 p. 100 se présentent au stade avancé de hernie inguino-scrotale. Une série d'Afrique de l'Est (6) montre la prépondérance de l'étranglement herniaire dans les causes d'occlusion aiguë puisqu'elle représente près de 30 p. 100 des cas (dont 70 p. 100 sont des hernies inguinales) avec une mortalité importante de 19,7 p. 100.

En dehors du coût des matériaux et de la proportion des formes graves, il convient d'ajouter d'autres contraintes qui ont trait au matériel : la maintenance d'une colonne vidéo, les conditions de stérilisation de matériels sophistiqués et d'une façon générale la sécurité médicale qui en dépend, ne peuvent être assurées dans un petit centre disposant d'une infrastructure insuffisante, de peu de moyens, d'un personnel pas toujours qualifié.

Tous ces facteurs limitants font que le choix devra se porter vers les techniques les moins coûteuses offrant la double qualité de la simplicité et de la sûreté pour une gestion collective et cohérente de la pathologie herniaire.

Selon les habitudes du chirurgien et les nouvelles techniques.

Il est indéniable que « l'on ne fait bien que ce que l'on a l'habitude de faire ». Or, si les techniques sont nombreuses, leur principe permet de les regrouper. Tout en respectant scrupuleusement les indications, il est possible de choisir parmi un groupe de techniques correspondant à un même type de pathologie, une technique dont on a l'habitude et dont on connaît les résultats. L'avènement de nouvelles techniques qui peuvent paraître séduisantes ne doit en rien modifier les indications thérapeutiques. Le risque est en effet de modifier son raisonnement en posant les indications en fonction des contraintes de la nouvelle technique au lieu d'adapter la technique à la pathologie. La prudence doit être d'autant majorée que ces nouvelles techniques sont toujours en cours d'évaluation et qu'elle nécessite une courbe d'apprentissage comme pour toute nouvelle méthode. Qu'il s'agisse du Plug ou des voies d'abord coelioscopique, elles n'ont pas montré leur supériorité par rapport aux techniques standards.

EN PRATIQUE

S'il est évident que la technique opératoire doit être choisie en fonction du type de hernie, le diagnostic pré-opératoire ne peut qu'approcher et donner une idée de la lésion. Le diagnostic précis ne pourra être que per-opératoire. C'est la dissection soigneuse de la région qui va permettre de poser ce diagnostic et de choisir l'indication définitive. Toutefois, dans la grande majorité des cas, l'examen clinique pré-opé-

ratore suffit pour opter pour un type de technique particulière et débiter la voie d'abord.

L'intervention de Bassini est indiquée pour les hernies plutôt de type indirect de petit et moyen volume non récidivée. Son faible coût explique son intérêt dans les pays en développement.

L'intervention de Mac Vay est indiquée pour le même type de hernie, mais aussi pour le traitement des hernies crurales ou même en cas de simple doute sur une hernie de cette localisation, car elle a pour intérêt d'explorer l'anneau crural en ouvrant le fascia transversalis.

L'intervention de Shouldice, en raison de ses avantages, trouve son indication dans la grande majorité des hernies inguinales de l'adulte jeune : directes, indirectes, de petit et de moyen volume. Elle permet en plus d'explorer l'anneau crural car le fascia est ouvert.

D'une façon générale, toutes ces techniques de raphie sont indiquées dans la chirurgie de la hernie compliquée, d'autant plus qu'elles sont simples, rapides à exécuter, n'aggravant pas le risque septique par l'adjonction de matériel prothétique.

Les interventions de Stoppa et Rives trouvent leur indication dans les hernies volumineuses, à collet large, chez les patients adultes ayant un âge supérieur à 40 ans. Les hernies récidivées représentent une très bonne indication de la technique car elle évite la dissection dangereuse d'une région antérieure qui a déjà été disséquée.

L'intervention de Lichtenstein est intéressante dans les hernies directes ou indirectes, chez les patients devant reprendre rapidement une activité dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire.

Les interventions sous coelioscopie, bien qu'elles n'aient pas montré leur supériorité en terme de taux de récurrence, sont utilisées dans la plupart des types de hernies. La nouveauté relative de ces voies d'abord et l'engouement qu'elles suscitent font que les indications sont élargies. Mais il ne faut pas oublier que des études sont actuellement en cours qui les comparent aux autres techniques classiques. D'autre part, s'agissant de matériel prothétique, les indications doivent être restreintes avant l'âge de 40 ans. Leur coût les fait réserver pour l'instant aux pays développés. On le voit, la place exacte de ces nouvelles voies d'abord, après une première phase ascendante, doit se stabiliser pour atteindre un palier qui reste à évaluer.

DISCUSSION

La pathologie herniaire est très fréquente. La diversité des points de vue et des pratiques explique probablement le désir de tout thérapeute d'édicter des règles générales dans la gestion de cette affection. La tentation est grande de vouloir à tout prix simplifier la prise en charge alors que les contextes sont éminemment variables en fonction des pays où l'on est amené à gérer l'affection. La règle princeps doit avant tout rester l'intérêt particulier du patient tout en garantissant l'intérêt collectif. La situation varie effectivement que l'on se trouve dans un pays industrialisé ou dans un pays en développement. Dans le premier cas, les moyens en personnel et en infra-

structure sont en harmonie avec la demande de soin. La population est mieux suivie, traitée plus tôt dès le début des symptômes, ce qui explique que les pathologies soient moins avancées. Dans le deuxième cas par contre, l'accès aux structures de soins est plus difficile, ce qui explique la fréquence des formes compliquées. L'autre élément important est qu'elle concerne une population plus jeune car la pyramide des âges est inversée. Il s'agit en outre d'une population moins active au plan professionnel puisque les taux de chômage sont beaucoup plus élevés. Dans ces conditions, on comprend qu'à une réalité différente sur le terrain doivent correspondre des priorités différentes. Dans les pays développés, l'accent est mis sur les nouvelles techniques parce qu'elle sont sensées accélérer la reprise du travail en diminuant les douleurs chez une population active. Au plan fonctionnel et économique, l'intérêt est double. Le surcoût entraîné par l'utilisation de matériel et matériaux étant rentablement contrebalancé par la réduction du nombre de jours d'arrêt de travail annuel au plan national. Mais cette situation ne peut en aucun cas être transposable dans l'immédiat aux pays moins riches. Au plan épidémiologique, 60 p. 100 de la population a moins de 25 ans. Et la majorité des patients opérés de hernie ont moins de 40 ans. Ceci exclut sauf cas d'exception, le recours au matériel prothétique chez une population d'opérés essentiellement jeune. D'autre part, les formes compliquées et/ou volumineuses sont plus fréquentes puisque la chirurgie préventive de la hernie et de ses complications est moins diffusée. Le risque septique est par ailleurs exacerbé par le milieu chaud. Toutes ces raisons feront opter pour des techniques n'utilisant pas de matériel prothétique. De toute évidence, les techniques de raphie simple gardent toute leur importance et restent à l'heure actuelle des outils précieux irremplaçables pour l'instant. L'élément nouveau représenté par l'avènement des nouvelles voies d'abord coelioscopiques ne peut bouleverser la donne actuelle. Indéniablement, elles représentent un progrès mais doivent être limitées aux indications que nous avons traitées pour les raisons vues. Les diffuser dans un contexte où la pathologie herniaire est un problème vital risquerait de porter un double préjudice, individuel en portant une indication thérapeutique inadaptée avec des conséquences à long terme défavorables, et au plan collectif, en augmentant les coûts et donc en lésant l'intérêt général. A notre connaissance, seuls quelques centres dans les pays en voie d'émergence disposent et pratiquent le traitement coelioscopique : l'Afrique du Sud et quelques capitales de l'Afrique de l'Ouest pour ce qui concerne le continent africain (1, 7). L'atténuation théorique de cette diffusion serait la simplification des indications avec pour corollaire un appauvrissement de l'éventail des techniques. A la variabilité des situations cliniques et environnementales doit correspondre la variabilité des choix thérapeutiques. La polémique actuelle dans les pays industrialisés est centrée sur l'évaluation des nouvelles technologies comme l'atteste l'importance des publications dans ce domaine (3-5). L'intérêt sera de préciser la morbidité, de comparer les résultats et de fixer le champ d'application en fonction de ces travaux. A l'heure actuelle, il n'y a pas lieu de modifier les règles habituelles qui avaient cours jusqu'à présent. Les indications doivent toujours être rigoureusement portées en fonction de nombreux paramètres

qui ont trait au patient et à son environnement. Il est logique de poursuivre la recherche et de continuer à évaluer les nouvelles techniques. Il est également logique de continuer à pratiquer des techniques qui ont montré leur efficacité.

CONCLUSION

La controverse actuelle sur les résultats de la coelioscopie par rapport aux techniques traditionnelles ne doit pas faire oublier qu'il s'agit de techniques sophistiquées et donc coûteuses. Le danger serait « d'avaliser » ces nouvelles techniques sous prétexte de leur supériorité et par conséquent de vouloir à tout prix les diffuser. Or, la situation dans les pays en voie d'émergence est bien différente : la pathologie y est un problème vital. C'est pourquoi nous pensons que ces techniques doivent continuer à être évaluées comme on le fait actuellement afin qu'un consensus puisse être établi. Concernant les pays en voie d'émergence, nous pensons qu'il est licite qu'elles soient réservées à certains pôles d'excellence que sont les centres de recherche, notamment hospitalo-universitaires. Préconiser leur généralisation serait pour nous une erreur dans l'état actuel des choses, les contraintes de technicité, de matériel et de coût étant incompatibles avec l'économie de santé. C'est pourquoi les techniques classiques qui ont prouvé jusqu'à présent leur efficacité conservent, à nos yeux, leur indication et ne doivent en rien perdre de leur considération auprès du thérapeute.

REFERENCES

- 1 - ANDREU J.-M., DIOUF M. B. - Vidéo-chirurgie en Afrique Noire : A propos de 270 interventions réalisées à Dakar. *Med. Trop.* 1997; **57** : 11-14.
- 2 - CADIERE G. B., FERNANDEZ H. - Point de vue de la chirurgie coelioscopique dans le Tiers-monde. *Annales de Chirurgie* 1995; **10** : 875-877.
- 3 - BOUDET M. -J., PERNICENI T. - Traitement des hernies inguinales. *J. Chir.* 1998; **2** : 57-64.
- 4 - CHAMPAULT G., BARRAT C., CATHELIN J. M., RIZK N. - Hernies de l'aîne. Résultats à 4 ans de deux études prospectives comparant les opérations de Shouldice et de Stoppa à l'abord laparoscopique totalement pré-péritonéal (461 patients). *Annales de Chirurgie* 1998; **52** : 132-136.
- 5 - BLANC P., PORCHERON J., BRETON C. et Coll. - Résultats des hernio-plasties coelioscopiques. Etude de 401 cas chez 318 patients. *Chirurgie* 1999; **124** : 412-418.
- 6 - SOURKATIE O., FAHAL A. H., SULIMAN S. H. et Coll. - Intestinal obstruction in Khartoum. *East Afr. Med. J.* 1996; **73** : 316-319.
- 7 - WARREN B. L., BORNMAN P. C. - A survey of South African endoscopic surgical practice. *S. Afr. J. Surg.* 1995; **33** : 6-9.
- 8 - OTU A. A. - Tropical Surgical abdominal emergencies: acute intestinal obstruction. *East Afr. Med. J.* 1991; **20** : 83-88.
- 9 - NORDBERG E. M. - Incidence and estimated need of caesarian section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. *Br. Med. J.* 1984; **289** : 92-93.
- 10 - CHIEDOZI L. C., ABOHI O., PISERCHIA N. E. - Mechanical bowel obstruction. Review of 316 cases in Benin City. *Am. J. Surg.* 1980; **139** : 389-396.
- 11 - KUX M., FUCHSJÄGER N., SCHEMPER M. - Shouldice is superior to Bassini inguinal herniorrhaphy. *Am. J. Surg.* 1994; **168** : 15-18.