

Cure de hernie inguinale par abord laparoscopique intrapéritonéal

A. Valverde

Fédération de chirurgie viscérale, service de chirurgie digestive, centre hospitalier Victor-Dupouy – Argenteuil.

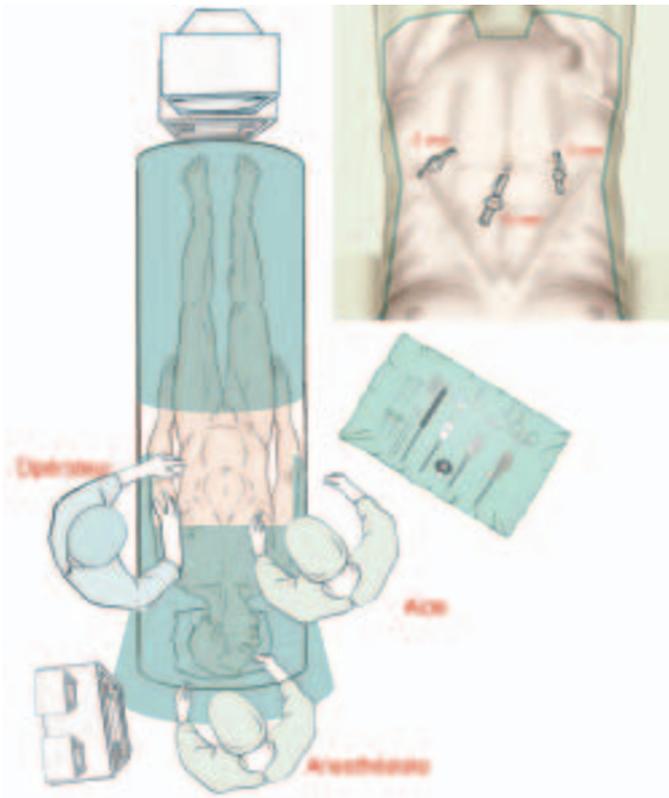
Correspondance : A. Valverde, service de chirurgie digestive, centre hospitalier Victor-Dupouy, 69 Boulevard du Lt Cl Prud'hon, F 95107 Argenteuil Cedex.
e-mail : alain.valverde@ch-argenteuil.fr

Introduction

La réparation d'une hernie inguinale par voie laparoscopique intrapéritonéale (ou trans-péritonéale -TAPP-) est une technique standardisée, reproductible, utilisant un treillis prothétique non fixé, et réalisable en ambulatoire. Le sac oblique est parfois de dissection difficile. Il est recommandé, en cas de sac profond ou ancien, de ne pas aborder celui-ci en premier mais de préparer sa dissection en libérant les espaces latéraux au sac (compartiments interne et externe).

La technique décrite ci-dessous s'applique à une hernie oblique externe droite.

Mots-clés : Paroi. Technique chirurgicale. Hernie. Laparoscopie. TAPP.

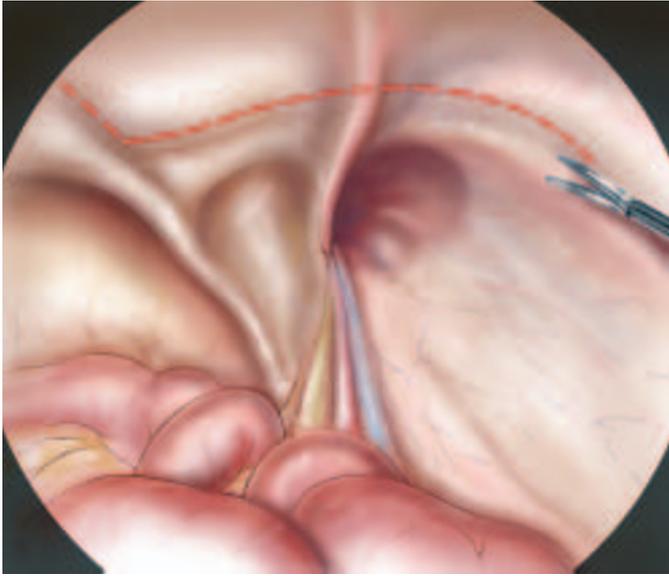


1 Installation et mise en place des trocarts

Le patient est en position de décubitus dorsal et de Trendelenburg, jambes serrées, bras le long du corps. L'opérateur est opposé au côté à opérer, à hauteur des épaules du patient. Il est préférable que le patient ait vidé sa vessie mais le sondage est inutile. Une optique de 30° facilite l'appréciation des champs de dissection mais n'est pas indispensable. Trois trocarts sont nécessaires, 10 mm en sus-ombilical pour l'optique et l'introduction de la prothèse, 5 mm sur les flancs droit et gauche, en dehors des pédicules épigastriques.

Les pièges sont :

- des trocarts placés trop bas (en sous-ombilical) ne permettant pas d'apprécier l'étalement en avant de la prothèse ;
- les trocarts 5 mm trop proches de l'épine iliaque antéro-supérieure, gênant les manœuvres de dissection.

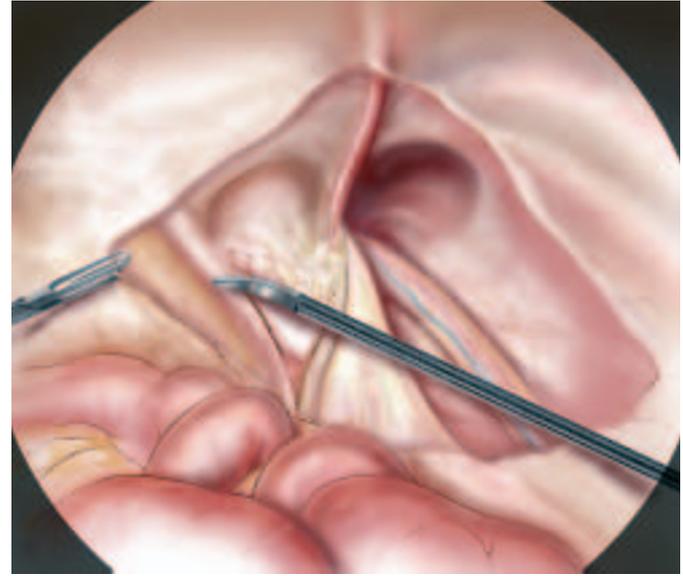


2 Incision du péritoine

Une pince saisit fermement le péritoine à hauteur du sac, les ciseaux ouvrent l'espace prépéritonéal 2 cm au-dessus de l'orifice herniaire pour faire entrer le gaz et décoller les feuillets. L'ouverture est horizontale avec un refend vertical en dehors du ligament ombilical (pointillé rouge).

Les pièges sont :

- une ouverture trop proche du sac herniaire voire à hauteur du sac ;
- une ouverture trop longue vers l'épine iliaque (fragilisation du péritoine qui est difficile à fermer) ou en dedans du ligament ombilical (risque de faux-trajet et de blessure de la vessie) ;
- une blessure du pédicule épigastrique. Ce pédicule doit être repéré et laissé au contact de la paroi musculaire sous peine de créer un faux-trajet et de le blesser.



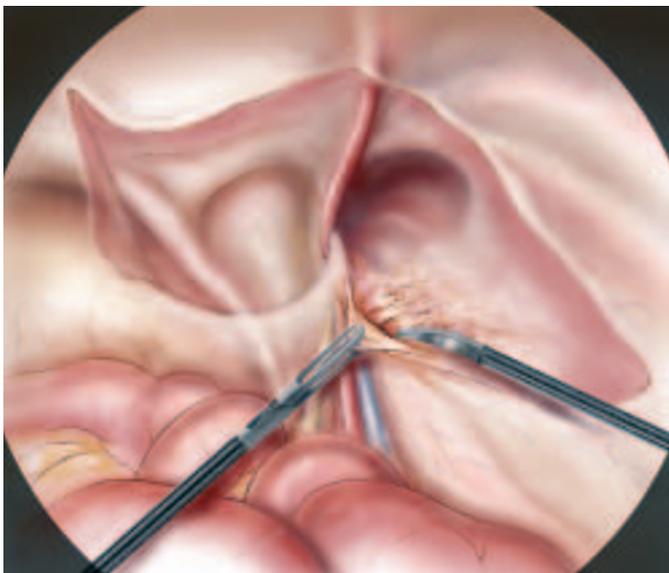
3 Dissection du compartiment interne

Il est conseillé de commencer par ce temps, généralement assez facile, dès lors que le péritoine a été incisé en dedans du sac herniaire. La pince tracte le feuillet péritonéal inférieur et les ciseaux cheminent dans le plan moussueux avasculaire. La vessie est repoussée en dedans et en arrière. La bandelette ilio-pubienne est facilement repérée et exposée jusqu'à la ligne médiane. C'est pendant ce temps qu'une hernie directe est réduite et que l'orifice crural est exposé.

Les pièges sont :

- un faux-trajet dans la paroi vésicale se traduisant par un saignement anormal (l'espace à disséquer est avasculaire). Cette erreur est favorisée par l'ouverture excessive du péritoine au-delà du ligament ombilical ;
- une blessure des vaisseaux au contact de la bandelette ilio-pubienne. Il faut éviter de la râcler ;
- une blessure de la veine iliaque, incident rarissime mais grave si la dissection s'égaré sous et en dehors de l'orifice crural.

273



4 Dissection du compartiment externe

La lèvre inférieure du péritoine est tractée en arrière, les ciseaux repoussent par un mouvement divergent les éléments vasculaires adhérents. On individualise progressivement les vaisseaux génitaux du péritoine pour les pariétaliser vers le plan musculaire.

Les pièges sont :

- de perdre le contact du péritoine et s'égarer en avant, risquant ainsi de blesser les vaisseaux génitaux ou les nerfs ilio-inguinaux ;
- de prendre une prise trop faible sur le péritoine et risquer de le déchirer, compliquant ainsi la fermeture finale ;
- d'abuser de la coagulation et créer des blessures thermiques des vaisseaux et des nerfs.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296447>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296447>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)