

# HERNIES INGUINALES COELIOSCOPIQUES EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

MESH

Paris, 14 juin 2013

Dr Nicolas MAILLOT

Polyclinique du Parc, CHOLET

Série de 1050 patients

# CHIRURGIE AMBULATOIRE POURQUOI ?

Volonté du chirurgien, de l'anesthésiste et du personnel soignant

Volonté de l'établissement (tarification, T2A)

Volonté du patient

Volonté des tutelles

# CHIRURGIE AMBULATOIRE NOUVELLE TECHNIQUE ?

Ce n'est ni une nouvelle technique, ni un nouveau concept architectural.

# QU'EST CE DONC?

Une innovation organisationnelle avec une prise en charge spécifique se substituant à une hospitalisation traditionnelle

# CHIRURGIE DE LA HERNIE INGUINALE ET AMBULATOIRE

Nombreuses techniques « ouvertes » validées pour la chirurgie ambulatoire (shouldice,plug..)

Mais quid de la voie laparoscopique?

# CHIRURGIE HERNIAIRE COELIOSCOPIQUE ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

Peu de séries publiées  
Mélange des techniques  
Surtout publications « administratives »  
(HAS, CPAM, ARS..)

# DÉBUT DE L'EXPERIENCE

Janvier 2010 avec hernie unilatérale uniquement..

# CENTRES D'INCLUSION HDJ

- Pas de CI médicale patente (ASA I, II et III)
- Proximité du centre de soin
- Niveau de compréhension suffisant du patient
- Environnement socio-familiale adapté (téléphone, présence d' un proche)



## MATERIELS ET METHODES

- 1050 patients : 1249 cures
- (Dr Cardin 240, Dr Framery 167, Dr Jurczak 188, Dr Maillot 455)
- 934 hommes (89%) et 116 femmes (11%)
- Age moyen : 55 ans (25 - 79)
- BMI moyen : 25 (17 - 43.9)
- Hernie unilatérale 851 (81%) bilatérale 199 (19%)
- Hernie indirecte 79% et directe 21%

# TECHNIQUE

- Protocole anesthésique chirurgie ambulatoire (analgésie multimodale sans dérivés morphiniques)
- Antibioprophylaxie
- Pas de sondage urinaire
- Technique TAP
- Plicature du fascia si hernie directe
- Plaque large
- Pas de fixation

# RÉSULTATS

- Durée intervention : 35 min ( 25 – 75)
- Hospitalisation non programmée : 42 patients (4%)
- Série personnelle : 14 patients (3%)
  - Stress ++
  - Nausées, migraine, vomissements (pas d' utilisation de morphine)
  - Hématomes locaux
  - Difficultés opératoires (2 plaies artères épigastriques)
  - Rétention urinaire (pas de sondage systématique)
  - Patient opéré trop tardivement (après midi)

# COMPLICATIONS

- Pas de différence avec hospitalisation traditionnelle
- Pas plus de réhospitalisation après sortie
- 1 plaie de vessie diagnostiquée à j5 sur hématurie, traitée par sondage (volumineuse hernie récidivée)
- Hématome post opératoire (2 hospitalisations pour surveillance et 1 reprise chirurgicale à j1.
- Réhospitalisation j3 pour occlusion avec reprise laparoscopique.
- Reprise pour hématome de bourse à 6 semaines

# COMPLICATIONS (SUITE)

- Sérome: 32/455 (7%)
- Douleurs testiculaires: 48 (10,5%)
- Récidive « ambulatoire »: 1/455 (0,22%)
- Récidive personnelle 1475 patients: 4 (0,27%)
- Plug 3,3% et « raphie » 5% (220 patients)
- Incidence de satisfaction élevée (1-5)
- « reprise activité » déclarée < 1 semaine
- Mais incidence sur arrêt de travail... (0 à 6 semaines..)

# CONCLUSION

Implication du médecin généraliste

Implication de l' établissement (parcours de soins, appel téléphonique: « chemin clinique »)

Peu de refus des patients mais nécessité d' une bonne explication pour diminuer le stress due à une sortie rapide

Coût pour l' établissement privé..

# CONCLUSION

Taux de satisfaction élevé

Incidents comparables à chirurgie traditionnelle

Réhabilitation précoce du patient

Mais peu incidence sur arrêt travail

Proportion < 3% cures en France

« Gold standard » et passage à la cholécystectomie...

# CONCLUSION

« La chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de soigner mais, lorsque l'indication le permet, la meilleure façon de soigner »

Mme Simone Veil,

Fondation de la société internationale de chirurgie ambulatoire, 1996