

JOURNÉE THÉMATIQUE

**DOULEURS PELVI-
PÉRINÉALES POST-OP**

Sous l'égide des sociétés scientifiques



JEUDI 6

FÉVRIER 2025

Institut du Cerveau • PARIS



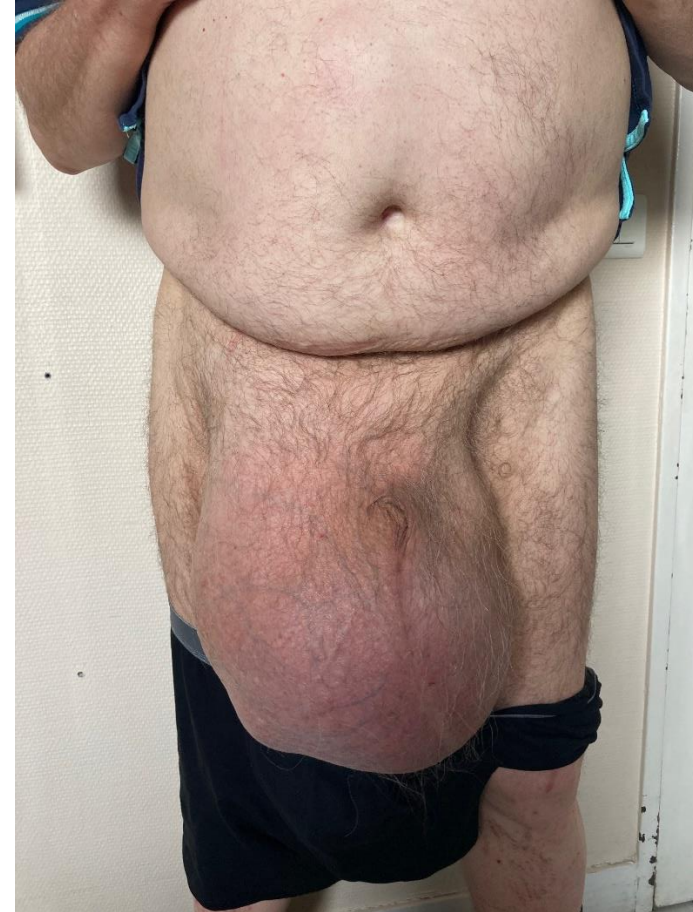
JTPO 2025

***Douleurs inguinales
chroniques postopératoires***

Pr David MOSZKOWICZ

Hôpital Louis Mourier, Colombes

Hernie de l'aîne: inguinale / fémorale



Epidémiologie

- 250k cures de HI/an en Fr
- Enjeu = qualité de vie
 - ≠ taux de récurrence
- Fréquence des douleurs inguinales chroniques postopératoires (DICP)
 - 20% ont des douleurs
 - 12% ont une altération des activités de la vie quotidienne
 - à 1 an

FICHE D'INFORMATION PATIENT



HERNIES DE L'AINE

Techniques et voies d'abord

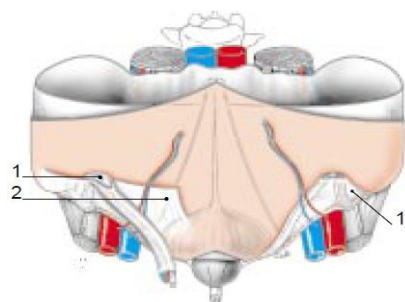
« prothèse superficielle »

« prothèse profonde »

Voie ouverte

Médiane

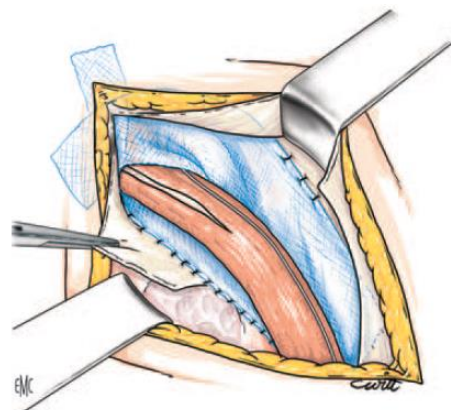
Stoppa



Inguinale

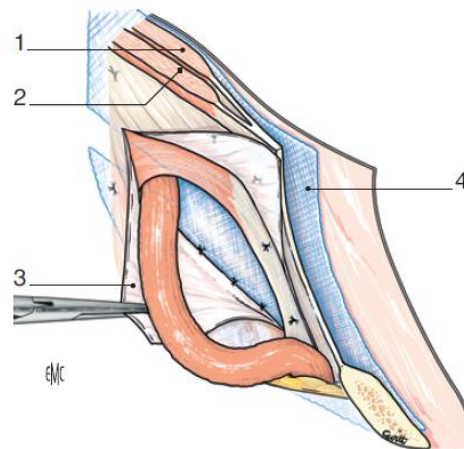
Lichtenstein
(prothèse
interstitielle)

Bassini
Schouldice



Trans-Inguinale
Pré-Péritonéale
(TIPP)

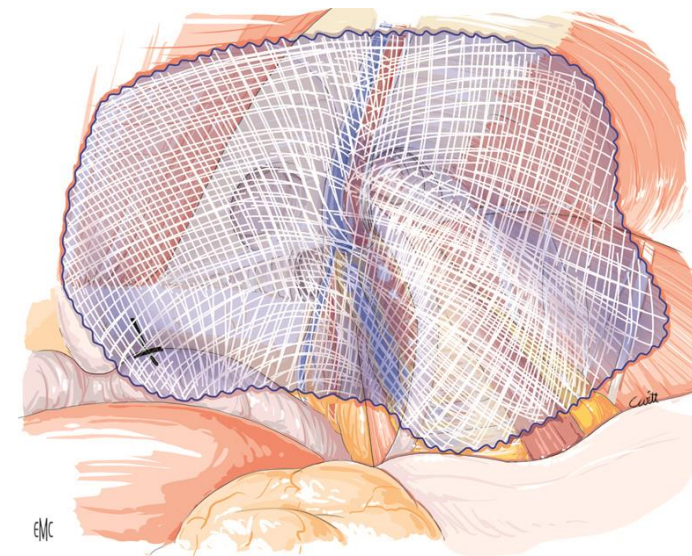
McVay



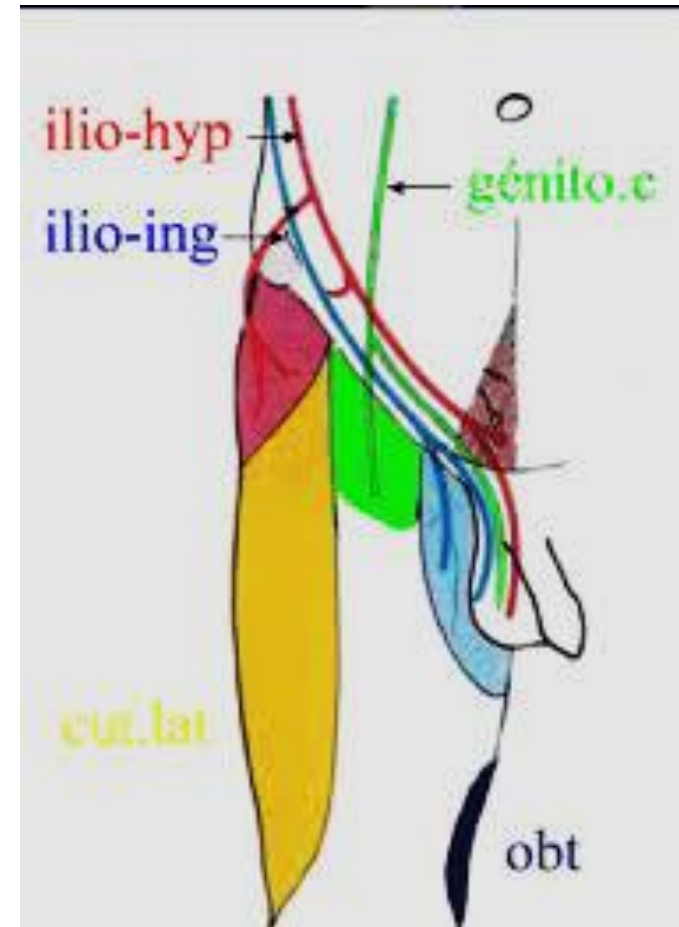
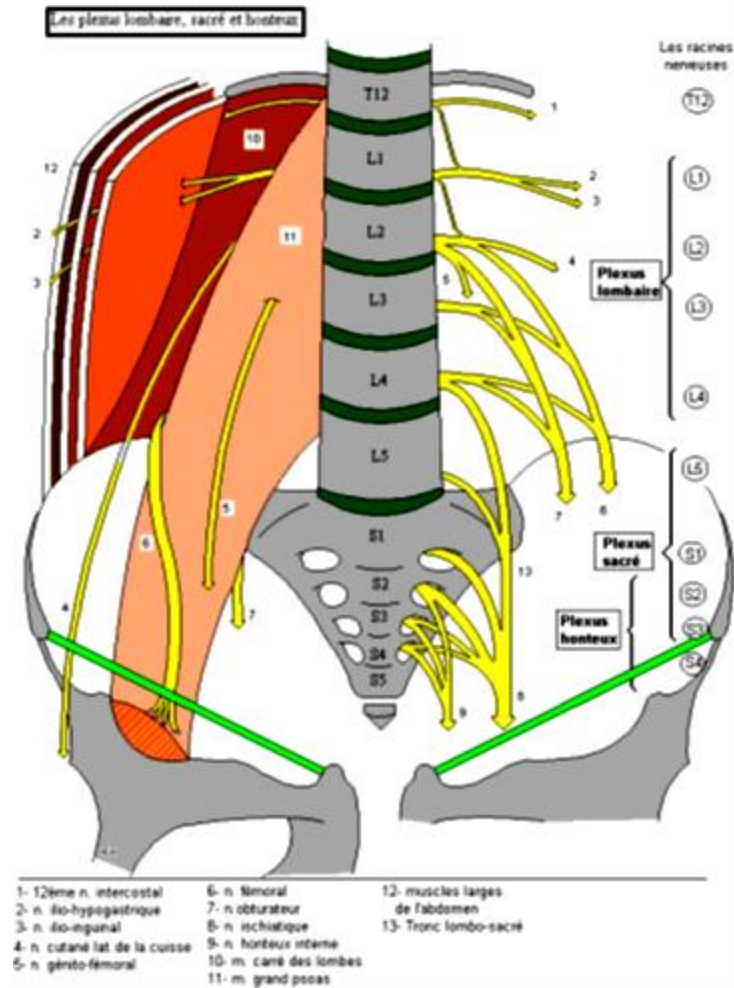
Voie laparoscopique

Totalement
Extra-
Péritonéale
(TEP)

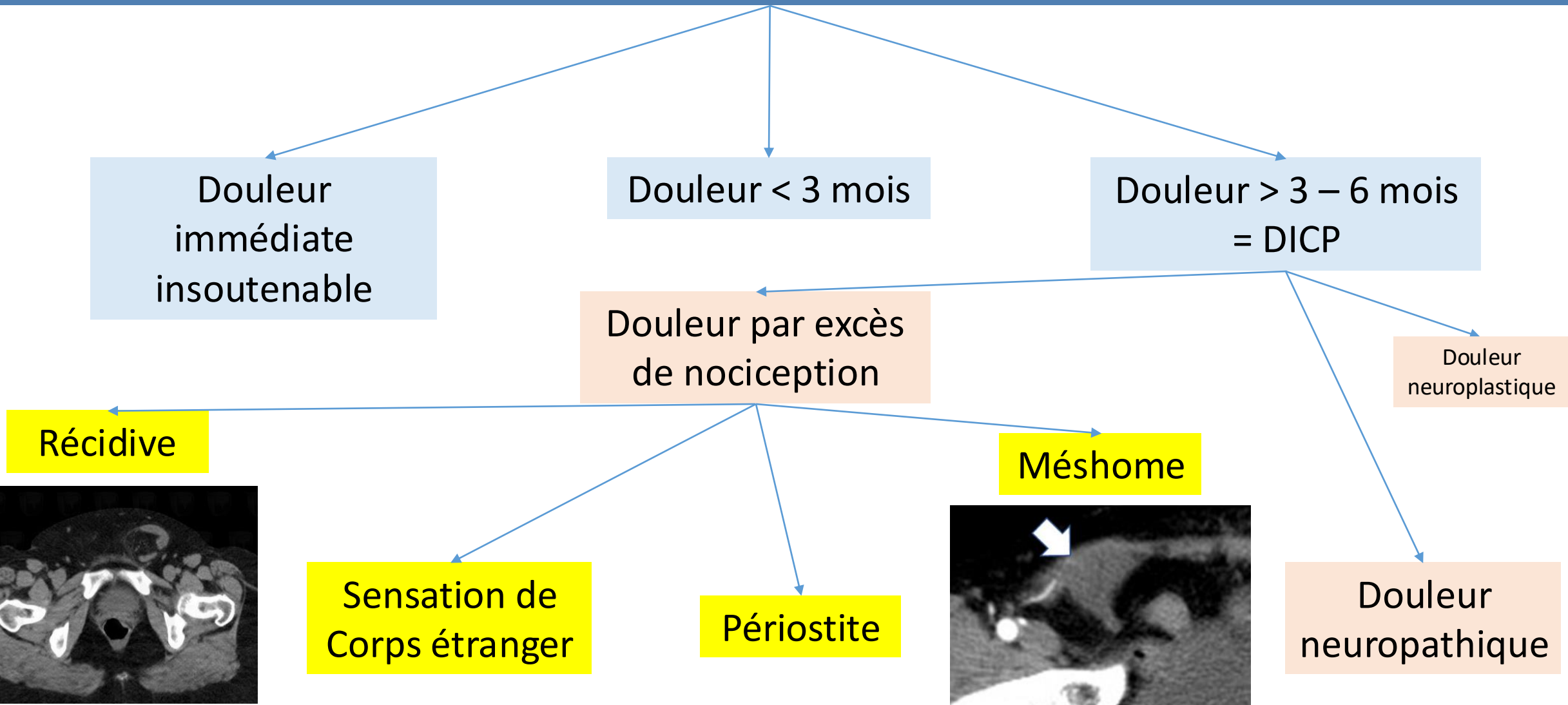
Trans-Abdominal
Pré-
Péritonéale
(TAPP)



Anatomie: plexus lombaire / territoires nerveux



De quoi parle-t-on?



Comment faire et préciser le diagnostic de DICP de type neuropathique?

Score DN4

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

Cartographie sensitive
(o) normale (+) dl ou allodynie
(-) hypoesthésie ou engourdissement

(a)



(b)



(c)



(d)



Quels moyens thérapeutiques des DICP?

PEC multidisciplinaire spécialisée

Moyens pharmacologiques

- Pharmacologiques
 - Tramadol (= 1^{ère} ligne)
 - Antidépresseurs et antiépileptiques
 - Opiïdes
- Emplâtres
 - Lidocaïne, capsaïcine, kétamine
- Toxine botulique
- Anesthésie loco-régionale
 - Péri-cicatricielle
 - Blocs périphériques

Autres moyens médicaux

- Kinésithérapie
- Psychothérapie (hypnose, relaxation, TCC)

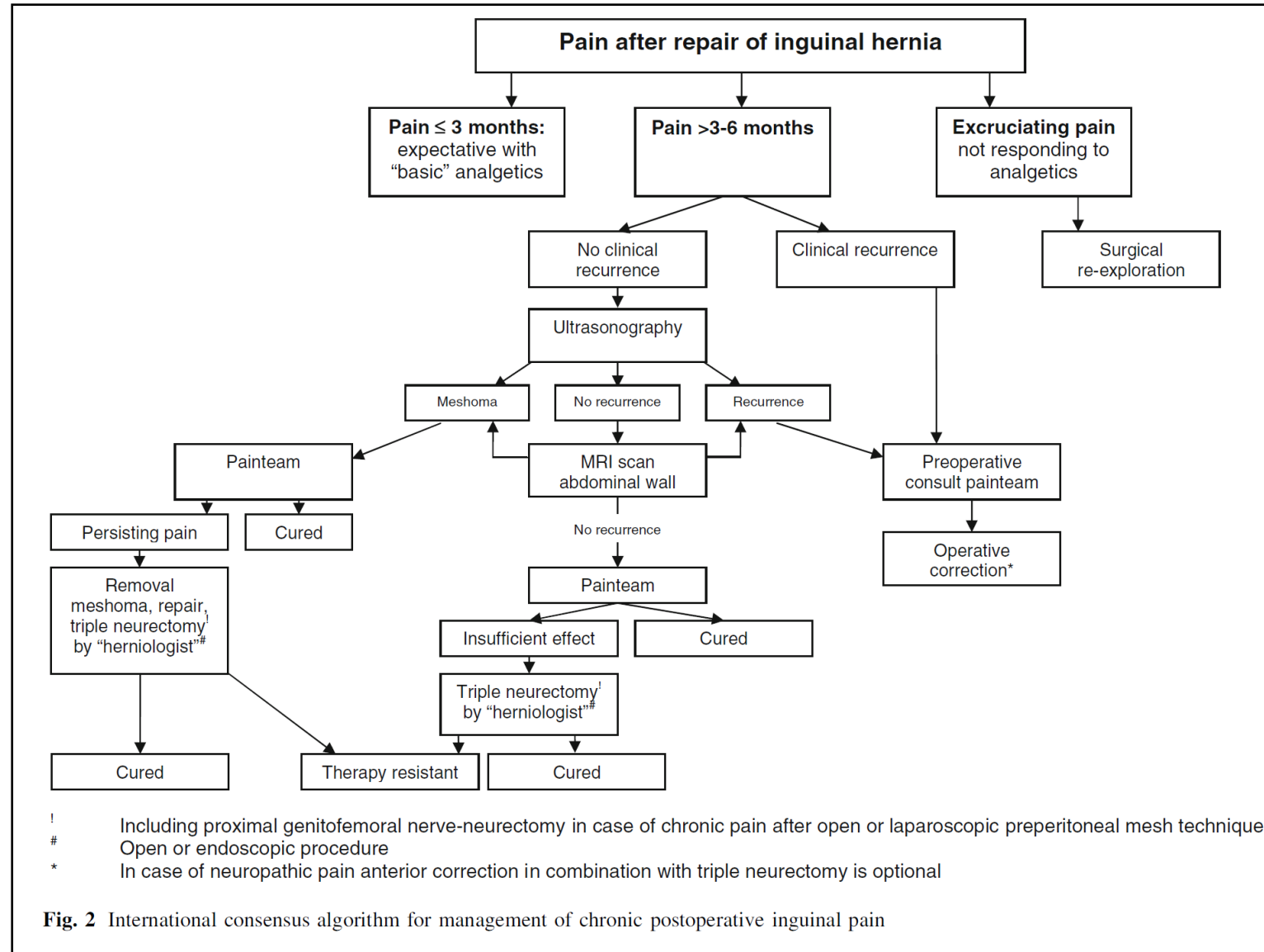
Moyens invasifs

- Neurostimulation (TENS, médullaire)
- Radiofréquence pulsée

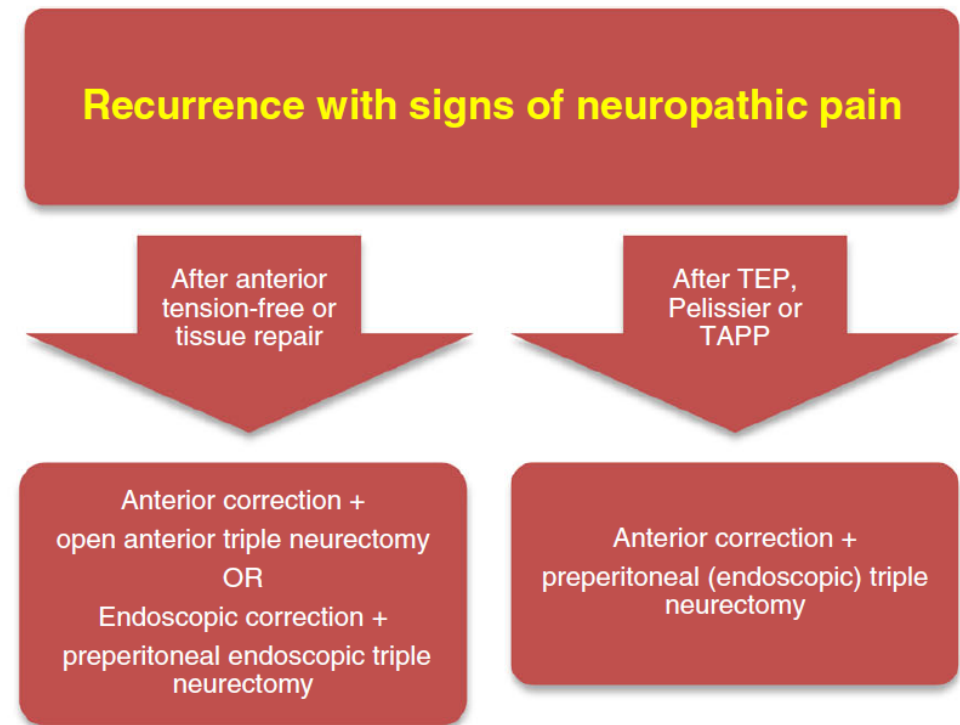
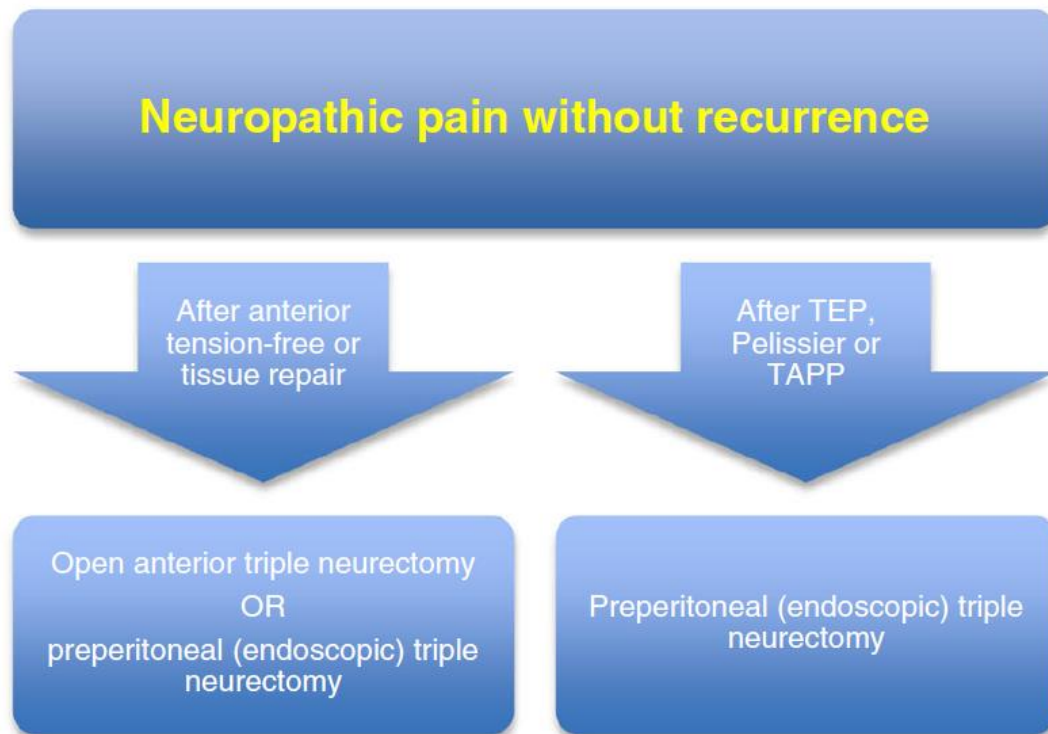
Moyens chirurgicaux (en dernier recours)

- Triple neurectomie

Stratégies de traitement



Stratégies de traitement



Technique chirurgicale: triple neurectomie

Retroperitoneoscopic triple neurectomy technique for postoperative chronic inguinal neuropathic pain(with video)

Fadi NAGUIB , Elena BELLONI , David MOSZKOWICZ

Service de chirurgie digestive, AP-HP, Hôpital Louis Mourier, DMU ESPRIT-GHU AP-
HP, Nord-Université Paris Cité

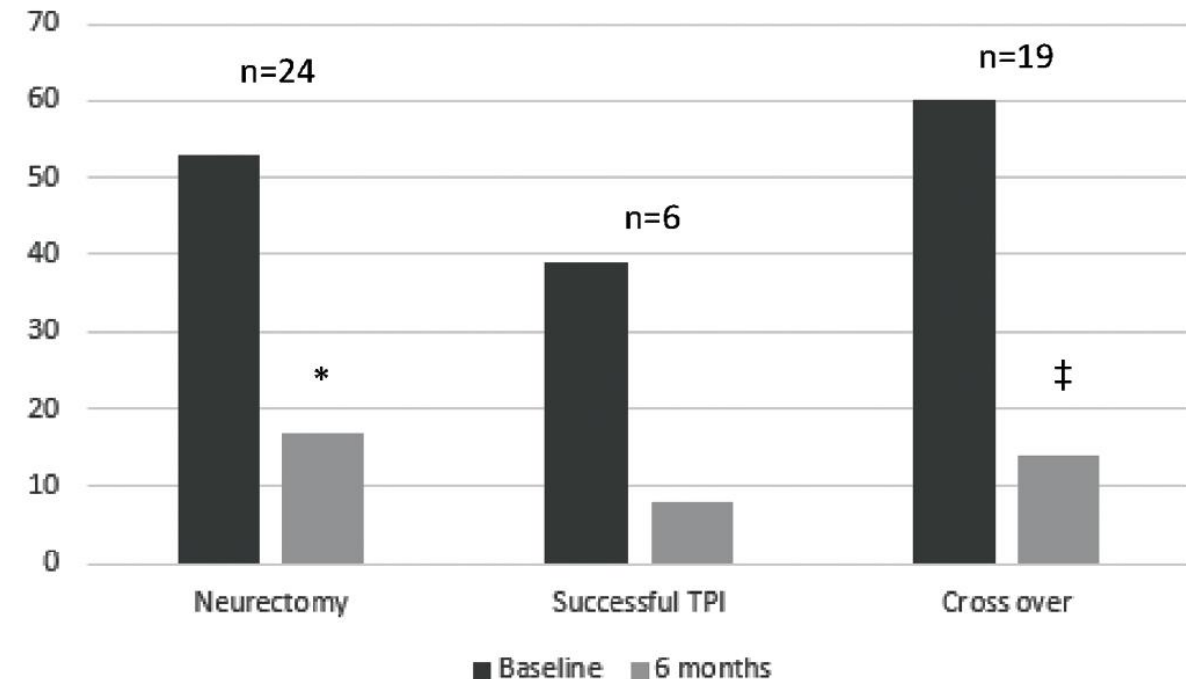
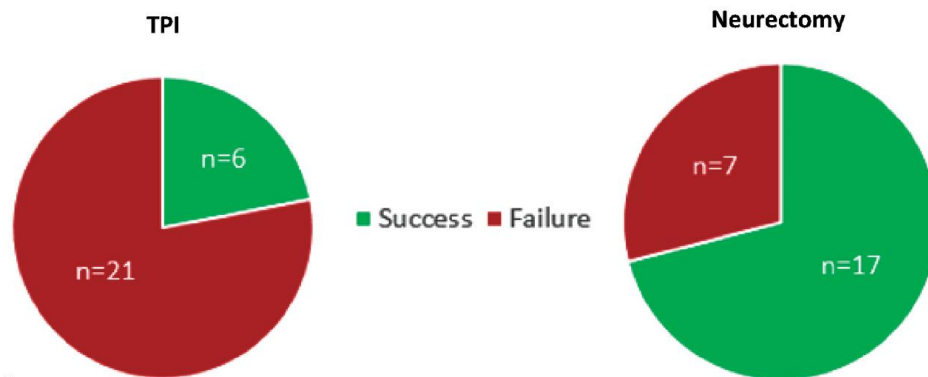
Technique chirurgicale: ablation de la prothèse



Quels résultats du traitement des DICP neuropathiques?

The GroinPain Trial: A Randomized Controlled Trial of Injection Therapy Versus Neurectomy for Postherniorraphy Inguinal Neuralgia

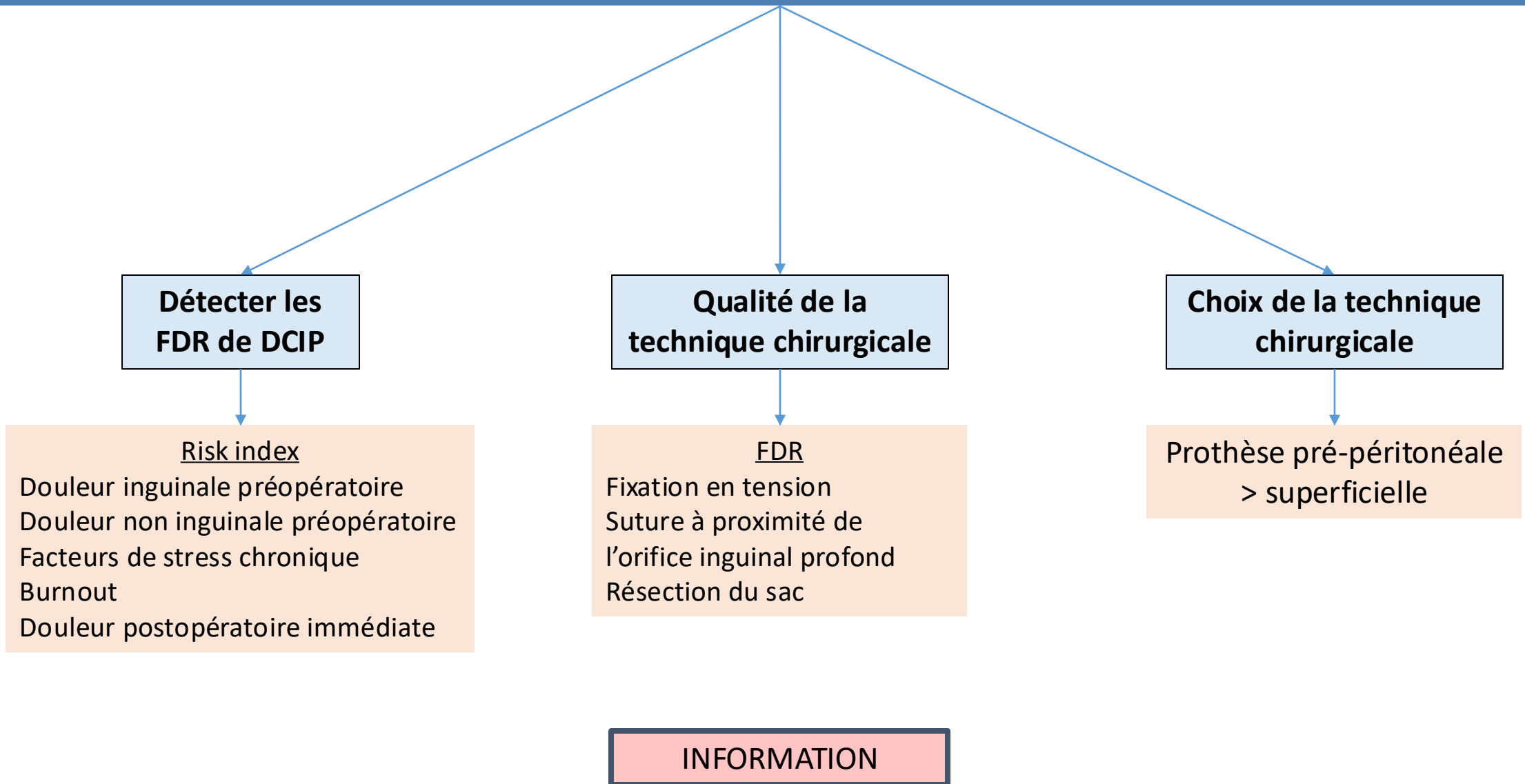
Methods: Patients with chronic neuropathic pain after primary Lichtenstein repair and > 50% pain reduction after a diagnostic TPI were randomized for repeated TPI (combined Lidocaine/corticosteroids /hyaluronic acid injection) or for a neurectomy. Primary outcome was success (>50% pain reduction using Visual Analog Scale, VAS) after 6 months. Cross-over to neurectomy was offered if TPI was unsuccessful.



Quels résultats du traitement des DICP neuropathiques?

Ref	Author	Type of study	Intervention (N)			Patients (N)	Follow up (y)	Success rate (%)
			MS	SN	TN			
[9]	Amid et al	Prospective cohort	-	-	225	225	1	95
[11]	Amid et al	Prospective cohort	-	-	16	16	1.5	87
[10]	Bischoff et al	Prospective cohort	52	49	5	54	3	63
[12]	Campanelli et al	Prospective cohort	40	2	44	46	1	87
[21]	Delikoukos et al	Retrospective cohort	4	4	-	6	2.3	100
[27]	Ducic et al	Retrospective cohort	-	11	8	19	1.8	84
[13]	Fafaj et al	Prospective cohort	25	6	21	29	0.5	55
[14]	Keller et al	Retrospective cohort	6	11	7	21	0.1	100
[23]	Koopmann et al	Retrospective cohort	67	38	-	67	4.6	78
[24]	Loos et al	Retrospective cohort	19	49	5	54	1.5	53
[15]	Moore et al	Prospective cohort	-	-	62	62	1	81
[16]	Rosen et al	Prospective cohort	12	11	-	12	0.1	100
[17]	Slooter et al	Prospective cohort	14	-	-	14	0.7	71
[25]	Valvekens et al	Retrospective cohort	5	6	-	15	1.5	33
[18]	Verhagen et al	Prospective cohort	11	31	1	34	0.9	65
[26]	Verhagen et al	RCT	-	54	-	54	0.5	71
[19]	Vuilleumier et al	Prospective cohort	43	43	-	43	1	100
[20]	Zwaans et al	Prospective cohort	74	55	-	74	1.5	63

Quelle prévention?



Conclusion: stratégie générale

```
graph TD; A[Conclusion: stratégie générale] --> B[Qui opérer?]; A --> C[Quels risques?];
```

Qui opérer?

- Douleurs sévères réfractaires
- Efficacité partielle des block-tests (lido+corticoïdes)
- Vous pensez que ça peut marcher!
 - Ce qui est neuropathique?
→ neurectomie
 - Ce qui est de la nociception?
→ ablation matériel

Quels risques?

- Inefficacité
- Bulging du flanc
- Désafférentation

Conclusion: stratégie générale

- **Ne pas faire (chirurgien)**

- Prise en charge non spécialisée (chirurgicale comme médicale)
- Adresser tardivement
- Neurectomie sélective
- Retirer une prothèse sans triple neurectomie



JOURNÉE THÉMATIQUE

DOULEURS PELVI- PÉRINÉALES POST-OP

Sous l'égide des sociétés scientifiques



JEUDI 6

FÉVRIER 2025

Institut du Cerveau • PARIS



JTPO 2025

***Douleurs inguinales
chroniques postopératoires***

Pr David MOSZKOWICZ

Hôpital Louis Mourier, Colombes

