

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CHIRURGIE D'UNE ÉVENTRATION (OU HERNIE INCISIONNELLE)

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

CHIRURGIE D'UNE ÉVENTRATION (OU HERNIE INCISIONNELLE)

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

QU'EST-CE QU'UNE ÉVENTRATION ?

Une éventration est une hernie qui se développe sur la cicatrice d'une incision chirurgicale : de ce fait, elle s'appelle aussi « hernie incisionnelle », terme privilégié par les Anglo-Saxons. Elle est toujours consécutive à un acte chirurgical. C'est une faiblesse qui survient dans la paroi de l'abdomen, provoquée par une mauvaise cicatrisation de la plaie chirurgicale responsable d'un écartement des muscles ou des aponévroses fibreuses qui les unissent (gaines entourant les fibres musculaires). Il en résulte l'équivalent d'un trou dans la paroi au travers duquel passent des organes de la cavité abdominale : l'épiploon, l'intestin grêle, le côlon, voire plusieurs organes en cas d'éventration volumineuse. Une éventration survient plus souvent sur la ligne blanche, partie médiane de l'abdomen, mais elle peut survenir sur toute cicatrice de l'abdomen. Une éventration évolue spontanément vers une augmentation de sa taille. Les facteurs favorisants cette augmentation sont ceux qui augmentent la pression à l'intérieur de la cavité abdominale : toux, efforts, prise de poids. Spontanément, la hernie se réduit en position couchée et se manifeste en position debout.

QUELLE EST LA CAUSE DE CETTE ÉVENTRATION ?

Une éventration peut survenir au décours de toute intervention, quelles que soient les précautions prises par votre chirurgien. Elles surviennent fréquemment, jusqu'à de 10% des cas après une chirurgie de l'abdomen, et jusqu'à 30% des cas si vous avez été opéré plusieurs fois par la même cicatrice. Il y a en outre des circonstances qui favorisent la survenue des éventrations : on citera en premier le tabac, mais également l'obésité ou la dénutrition, la chirurgie réalisée en urgence, une infection de la cicatrice survenue au décours de la chirurgie. Les facteurs favorisants sont la réalisation d'efforts après l'intervention (port de charges, toux, constipation, difficultés à uriner) et certains traitements (médicaments anti-rejet de greffe ...). De manière générale, tout ce qui retarde la cicatrisation facilite l'apparition d'une éventration.

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES D'UNE ÉVENTRATION ? UNE INTERVENTION EST-ELLE INDISPENSABLE ?

Une éventration a spontanément tendance à augmenter de taille. Une intervention trop tardive avec une éventration volumineuse risque d'être compliquée, voire impossible. Une éventration diminue votre capacité respiratoire et limite les possibilités de faire des efforts. Les éventrations peuvent être douloureuses si des segments du tube digestif y sont coincés. Le transit intestinal peut être perturbé. Le principal risque des éventrations est la souffrance intestinale ou étranglement. Une intervention en urgence est alors nécessaire. Enfin, une éventration est souvent associée à un gène esthétique en lien avec la protrusion de la hernie.

Si l'éventration de vous gêne pas, et n'augmente pas de taille, il est possible de ne pas opérer. Le port de bandages et de ceintures herniaires est assez peu efficace pour prévenir les complications.

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

L'intervention a pour but de réintégrer les viscères dans l'abdomen et de restaurer l'intégrité de la paroi abdominale. Le chirurgien peut être amené à faire réaliser un scanner de l'abdomen avant l'intervention pour définir précisément la taille de l'éventration et orienter son choix technique.

L'intervention se déroule le plus souvent sous anesthésie générale. Il est parfois possible d'intervenir sous anesthésie loco-régionale ou locale. Le type d'anesthésie dépend du type de hernie et des modalités du geste chirurgical.

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité.

L'intervention peut se réaliser en ouvrant l'abdomen (voie ouverte ou laparotomie) ou par abord mini-invasif (coelioscopie ou laparoscopie). Le choix dépend des caractéristiques de votre hernie, d'aspects techniques et des choix de votre chirurgien.

Le premier temps de l'intervention est la libération du contenu de l'éventration et de ses bords. Selon la taille de l'orifice, il est possible de le réparer par simple suture, ou en renforçant la suture par la mise en place d'une prothèse (appelée également « grillage », « treillis », « filet » ou « plaque »). La mise en place d'un renfort est aujourd'hui recommandée si les conditions le permettent pour diminuer le risque de récurrence. Il existe plusieurs types de prothèses. Les plus fréquemment utilisées sont synthétiques et non résorbables. Elles s'intègrent dans vos tissus et renforcent votre paroi de façon durable. D'autres sont constituées à partir de matériaux d'origine animale (les bioprothèses ou prothèses biologiques) ou sont constituées de fibres synthétiques résorbables après quelques semaines ou quelques mois. Certaines sont destinées à être utilisées dans une paroi infectée. La position de la prothèse (devant les muscles, derrière les muscles, ou au contact de la paroi dans l'abdomen) dépendra du choix technique de votre chirurgien. Votre chirurgien décidera de la prothèse la plus adaptée à votre situation. Il vous expliquera, si vous le souhaitez, les raisons du choix qu'il/elle aura fait pour vous.

Lorsqu'une prothèse est mise en place, elle est fixée par des points, des agrafes ou de la colle.

COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE

Pendant l'intervention

Le principal risque est celui d'une lésion des organes de voisinage, surtout du tube digestif. Ceci survient dans environ 7% des cas, lors des manœuvres de libération des viscères contenus dans l'éventration. Dans la majorité des cas, ces lésions sont vues pendant l'intervention et traitées. Toutefois, cela augmente le risque d'infection et peut inciter votre chirurgien à modifier la technique de réparation de votre paroi ou le choix de la prothèse. Dans certains cas, ces lésions sont très petites, et elles peuvent être à l'origine d'une fuite au niveau de l'intestin nécessitant une nouvelle intervention. Dans de rares cas, il devient nécessaire, en cours d'intervention, d'enlever un organe ou une partie d'organe. Si vous êtes opéré/e en coelioscopie, le chirurgien peut être amené à ouvrir l'abdomen en cas de difficultés techniques.

Au décours de l'intervention

Les risques sont principalement des complications au niveau de la paroi abdominale :

- Hématome

Il est assez fréquent (environ 20%) et peut nécessiter une ré intervention chirurgicale pour l'évacuer. Il est plus fréquent si vous avez un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire. L'hématome peut se compliquer d'une infection.

- Sérome

C'est l'accumulation de liquide non infecté entre les différents plans qui ont été séparés au cours de l'opération, ou dans l'espace qui était occupé par l'éventration. Il survient jusqu'à 10 jours après l'intervention. Habituellement, ces poches de liquides disparaissent spontanément en quelques semaines ou quelques mois. Parfois, elles peuvent être évacuée par des ponctions à l'aiguille, la pose d'un drain, ou, plus rarement, nécessiter une réintervention.

- Iléus

C'est l'absence de reprise immédiate du transit intestinal. Il survient dans 10% des cas. Il est favorisé par une grande taille de l'éventration traitée. Les intestins sont « paralysés » après l'opération. Cela se traduit par des nausées, des vomissements et un ballonnement de l'abdomen. Il est parfois nécessaire de placer une sonde dans l'estomac pour le vider.

- Infection

Elle survient dans environ 3-5% des opérations. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une infection superficielle de la peau qui se traite par de simples pansements. Si l'infection atteint la prothèse elle peut devenir chronique. Dans certains cas, il peut être nécessaire de réintervenir pour enlever la prothèse. L'infection est favorisée par le tabac et l'obésité.

- Complications *générales* de toute intervention chirurgicale

Thrombose, phlébite, infection urinaire, infection respiratoire, allergies à des médicaments, décompensation d'une maladie existante chez vous (cardiaque, respiratoire, métabolique). Le risque d'occlusion digestive est toujours possible.

À distance de l'intervention

Les deux principaux risques pouvant survenir sont la récurrence et les douleurs chroniques.

- Récurrence

Elle survient dans environ 12 à 30% des cures d'éventration. Elle survient dans la majorité des cas dans la première année, mais peut survenir jusqu'à 5 ans après celle-ci.

- Douleurs chroniques sur la paroi abdominale

Elles atteignent 5 à 10% des patients, mais environ 2% peuvent être invalidantes. Elles sont liées à une irritation des nerfs sensitifs au contact de la prothèse pariétale et à la dissection des tissus. Un traitement au long cours est parfois nécessaire.

- Résultat inesthétique

Dans certains cas, il persiste un « bombement » inesthétique au niveau de l'ancienne hernie. Il n'y a pas de nouvelle hernie au sens propre, mais il s'agit de la prothèse qui « bombe » à travers l'ancien orifice d'événtration. Cela est un peu plus fréquent avec les interventions par coelioscopie. Après traitement de grandes évènements, il peut persister une asymétrie de l'abdomen.

Dans certaines circonstances, votre chirurgien peut être amené à supprimer l'ombilic pour des raisons techniques.

Les réparations de la paroi latérale de l'abdomen ont tendance à provoquer une atrophie musculaire des muscles sous la cicatrice, pouvant contribuer à un résultat inesthétique.

SUITES HABITUELLES

Dans certains cas, vous pouvez avoir des drains qui resteront en place quelques jours. Dans la plupart des cas, vous serez rapidement réalimenté et levé. Le traitement des évènements peut se faire en hospitalisation complète ou souvent en *hospitalisation ambulatoire*. Dès le réveil, vous pourrez vous lever et marcher. Après la sortie de l'hôpital vous n'avez pas à garder le repos. Il est recommandé de ne pas faire d'efforts avec la paroi abdominale (porter des poids, pousser un caddie, prendre un enfant dans les bras, faire du sport, faire des « abdos », etc.) pendant une période de 3 à 6 semaines.

Si l'intervention et les suites opératoires sont simples, vous pourrez reprendre une activité physique complète sans restriction après quelques mois.

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.