

FICHE D'INFORMATION PATIENT



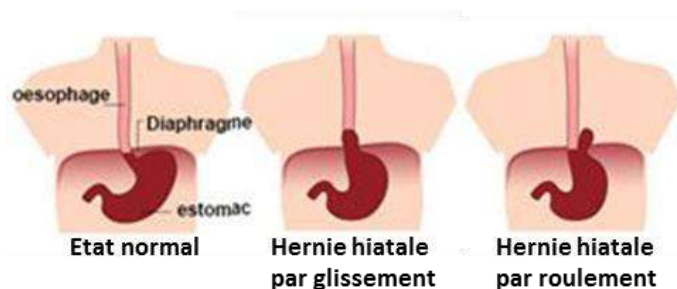
HERNIE HIATALE

Avertissement général

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.

Définition

La hernie hiatale correspond au passage d'une portion de l'estomac à travers l'orifice œsophagien (ou hiatus) diaphragmatique. Le passage de l'extrémité supérieure de l'estomac à travers l'orifice hiatal survient lorsque les moyens de fixation de l'estomac et du bas œsophage sont affaiblis.



Dans 90% des cas, il y a glissement du cardia (partie supérieure de l'estomac) vers le haut qui quitte ainsi l'abdomen et se retrouve dans le thorax.

Dans 10% des cas, il y a roulement de la grosse tubérosité cardiaque à travers l'orifice diaphragmatique alors que l'œsophage et le cardia restent en place.

Le symptôme le plus fréquent de la hernie hiatale est le reflux gastro-œsophagien (acidité) lié à la perte des mécanismes anti-reflux.

But de l'intervention

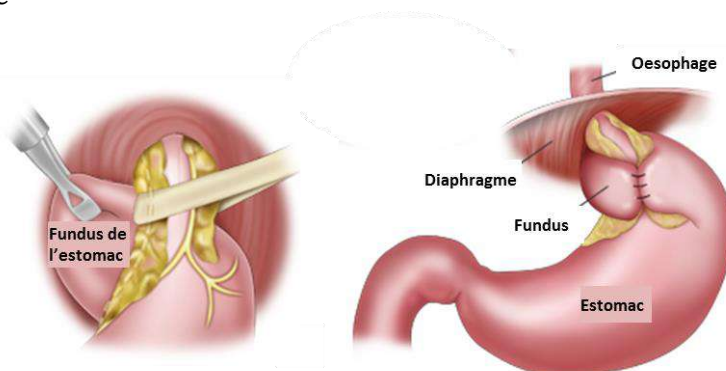
La cure de hernie hiatale consiste à réintroduire l'estomac dans l'abdomen et à réaliser une valve pour reconstituer les mécanismes anti-reflux et ainsi éviter une nouvelle migration intra-thoracique de l'estomac. L'intervention est réalisée par cœlioscopie en l'absence de contre-indication.

Comment se déroule l'opération ?

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list sont vérifiées votre identité et votre installation sur la table d'opération.

Principes généraux de la technique :

- 1- Réintroduction du contenu de la hernie hiatale dans l'abdomen
- 2- Fermeture du diaphragme avec parfois mise en place d'une prothèse de renfort
- 3- Confection d'une valve anti reflux : la partie libre de l'estomac est enroulée autour de l'œsophage



- 4- Une gastrostomie (sonde dans l'estomac) est parfois mise en place pour ajouter un moyen de fixation.

Suites habituelles

L'alimentation est progressivement reprise en régime mixé à poursuivre pendant 3 semaines puis une alimentation normale peut être réintroduite. L'hospitalisation dure en moyenne 2 à 5 jours.

Risques en rapport avec l'opération

Risques pendant l'opération :

- La blessure de l'œsophage que l'on traitera pendant l'intervention par une suture et qui peut justifier une diète stricte en post opératoire.
- L'ouverture des plèvres (enveloppes des poumons) au cours de la dissection pour laquelle un (ou parfois deux) drain thoracique pourra éventuellement être mis à la fin de l'intervention et laissé en place quelques jours.
- L'hémorragie

- La conversion en cas de difficulté opératoire

Risques après l'intervention :

- La dysphagie (impossibilité de passage des aliments) liée à la confection d'une valve anti reflux trop serrée. Une ré-intervention sera alors envisagée.
- Le pneumothorax (air dans la cavité thoracique) ou épanchement pleural (liquide dans la cavité thoracique). Un drain thoracique pourra secondairement être mis en place.
- La gastroparésie (lenteur à la digestion) responsable de nausée avec intolérance alimentaire.

Conséquences possibles de l'intervention

Une gastroparésie (lenteur à la digestion) avec des vomissements occasionnels peuvent perdurer au décours de l'intervention.

Des troubles digestives avec aérophagie peuvent également survenir au décours de cette intervention.