

Pôle ONCOCHIRURGIE DIGESTIVE, UROLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE, ORL et STOMATOLOGIE

Chirurgie viscérale et digestive

Chirurgie oncologique, endocrinienne et bariatrique

Madame, Monsieur,

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. 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 apparaît sur une incision (elle s'appelle aussi « hernie incisionnelle »). C'est-à-dire, une faiblesse, un « trou » dans les muscles de la paroi abdominale qui apparaît à la suite d'une opération. Des viscères abdominaux passent à travers ce trou, en particulier quand vous êtes debout et vous faites des efforts, et le font augmenter progressivement de taille. Souvent cela diminue ou disparaît quand vous êtes couché/e et au repos.

Est-ce fréquent ? Pourquoi ai-je cela ?



On sait que cela se produit dans plus de 1 opération abdominale sur 10. Il y a des facteurs de risque bien identifiés : l'obésité, le tabac, la dénutrition, la chirurgie en urgence, l'infection de la cicatrice lors de l'intervention précédente, les efforts en postopératoire (port de charges, toux, constipation), le fait d'avoir déjà eu des hernies au préalable. De manière générale, tout ce qui retarde la cicatrisation facilite l'apparition d'une éventration.

Quel est le risque de garder mon éventration ?

- Le risque le plus grave est l'étranglement herniaire c'est-à-dire l'incarcération d'un segment digestif dans l'éventration, qui constitue une urgence chirurgicale car mettant en péril la viabilité de l'intestin.
- Les douleurs abdominales par engagement de l'intestin dans l'orifice herniaire, avec parfois des troubles du transit

But de l'intervention

Le but de l'intervention est de réintégrer les viscères dans l'abdomen et de restaurer l'intégrité de la paroi abdominale de façon durable.

Alternatives

La seule alternative à l'intervention chirurgicale est l'abstention thérapeutique qui est guidée :

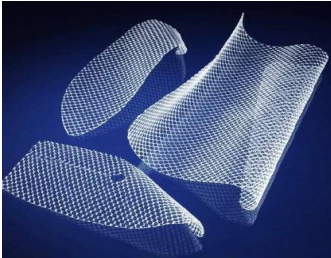
- ↳ soit par le choix du patient de ne pas se faire opérer après avoir été informé des risques éventuels de cette décision

↳ soit par l'existence de comorbidités lourdes nécessitant l'appréciation bénéfice / risque

Comment se déroule l'opération ?

En fonction de l'importance de l'éventration, celle-ci peut être réalisée soit en chirurgie ambulatoire soit une chirurgie conventionnelle.

Sur le plan chirurgical : deux techniques sont possibles en fonction de l'importance et de la localisation de l'éventration, les deux abords : direct : *voie ouverte ou laparotomie* ou mini invasif : *coelioscopique*



Déroulement de l'intervention : Quelque soit la technique utilisée le principe est le même, refermer l'orifice d'éventration et renforcer votre paroi abdominale par la mise en place d'une prothèse (appelée également « grillage », « treillis », « filet », ou « plaque »). Cette prothèse est fixée sur votre paroi par des fils ou des agrafes et s'intègre dans vos tissus en moyenne sous 4 à 8 semaines. Il est donc important d'éviter des efforts qui mettent sous tension la paroi abdominale pendant cette période. Certaines cures nécessitent la mise en place de drains.

Suites post opératoires

Si votre intervention n'a pas comporté de geste sur le tube digestif, vous serez rapidement alimenté et levé.

L'hospitalisation conventionnelle est en moyenne de 3 à 5 jours en fonction de l'existence ou non de drains.

A la sortie, vous aurez un traitement antalgique, un arrêt de travail et un rendez-vous de consultation avec votre chirurgien (les durées vous seront communiquées par votre chirurgien).

Complications de la cure d'éventration

- **Pendant l'intervention** : lésions d'organes de voisinage surtout du tube digestif (10% des cas). Dans la majorité des cas, ces lésions sont vues pendant l'intervention et suturées mais 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. Si vous êtes opéré en coelioscopie, les conditions techniques peuvent imposer d'ouvrir l'abdomen.
- **Risque immédiat après l'intervention** : complications essentiellement au niveau de la paroi abdominale
 - Hématome : assez fréquent (20%) et nécessite rarement une intervention chirurgicale pour l'évacuer
 - Sérome : accumulation de liquide propre entre les différents plans qui a été séparée au cours de l'intervention. Ces poches de liquides peuvent être évacuées par ponction à l'aiguille.
 - Infection : survient entre 3 et 5% des cas. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'infection superficielle de la peau qui se traite facilement par des soins locaux, si l'infection atteint la prothèse, il faut le plus souvent la retirer.
- **Complications générales** : thrombose, phlébite, infection urinaire, infection respiratoire, allergie à des médicaments, décompensation d'une maladie existante (respiratoire, cardiaque, métabolique)
- **Risques au long terme** : La récurrence survient dans 12% des cas et peut nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale. Les douleurs chroniques sur la paroi abdominale environ 2% des cas, elles sont souvent une séquelle liée à une irritation des nerfs sensitifs au contact de la prothèse, un traitement au long cours est parfois nécessaire.