

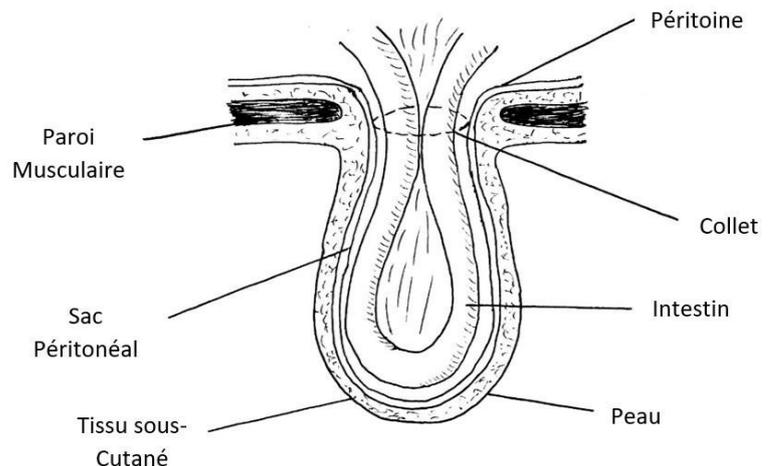
FICHE D'INFORMATION PATIENT

CURE D'ÉVENTRATION

Qu'est-ce que c'est ?

Une éventration est une hernie qui apparaît sur une incision (elle s'appelle aussi « hernie incisionnelle ») ; c'est-à-dire une faiblesse 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 en position debout et lors d'efforts physiques.



Quand une éventration survient-elle ?

Une éventration apparaît après une chirurgie abdominale dans 10% des cas. Les facteurs de risque identifiés sont : 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.

L'évolution naturelle est une gêne croissante avec le temps, due à l'augmentation du volume de l'éventration sans guérison spontanée possible. Le seul traitement est une chirurgie pour réduire l'éventration et réparer la paroi musculaire en la suturant ou en interposant une prothèse ou « filet », qui permet de diminuer le risque de récurrence, en fonction de la taille de l'orifice limité par les muscles.

Comment traiter cette éventration ?

L'intervention peut être menée par « voie ouverte », c'est-à-dire une seule incision en regard de l'éventration, ou par coelioscopie, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une caméra et de pinces via plusieurs incisions de dimension réduite.

Des drains peuvent être laissés en place en fonction du volume de l'éventration et seront retirés en post-opératoire en fonction de leur productivité.

CURE D'ÉVENTRATION

La période post-opératoire de consolidation définitive est de trois à quatre semaines pendant lesquelles il est conseillé d'éviter les efforts physiques (port de charges de plus de 5 kg déconseillé).

Risques pendant l'intervention

Les lésions du tube digestif survenant dans environ 10% des cas, lors des manœuvres de libération des viscères contenus dans l'éventration. Cela augmente le risque d'infection et peut inciter le chirurgien à modifier la technique de réparation pariétale ou le choix de la prothèse.

Risques immédiats après l'intervention (il s'agit surtout de complications au niveau de la paroi abdominale) :

L'hématome : il est assez fréquent (environ 20%) et ne nécessite que rarement d'une réintervention chirurgicale pour l'évacuer. L'hématome peut faciliter l'infection.

Le sérome : c'est l'accumulation de liquide propre (non infecté) entre les différentes couches de tissu sous-cutané. Ces collections peuvent être évacuées si besoin par des ponctions à l'aiguille, une pose de drain, ou plus rarement une ré-intervention.

L'iléus : le transit qui tarde à se rétablir avec des nausées, des vomissements et un ballonnement abdominal. Il survient en moyenne dans 10% des cas. Il est favorisé par l'importance de l'éventration à traiter. Il est nécessaire de placer une sonde dans l'estomac pour le vider.

L'infection : elle survient dans environ 3-5% des opérations. Dans la grande majorité des cas il s'agit d'infection superficielle de la peau qui se traite facilement par simple pansement. Si l'infection atteint la prothèse elle se chronicise ; il faut le plus souvent la retirer pour contrôler l'infection.

Risques au long terme

La récurrence survient dans environ 12% des cures d'éventration. Parfois il n'y a pas de nouvelle hernie au sens propre, mais il s'agit simplement de la prothèse qui « bombe » à travers l'ancien orifice d'éventration. Cela est un peu plus fréquent avec les interventions par coelioscopie.

Les douleurs chroniques sur la paroi abdominale. Elles atteignent environ 2% des patients opérés d'une cure d'éventration.

Source : <https://www.chirurgie-viscerale.org/patient/fiches-dinformation>