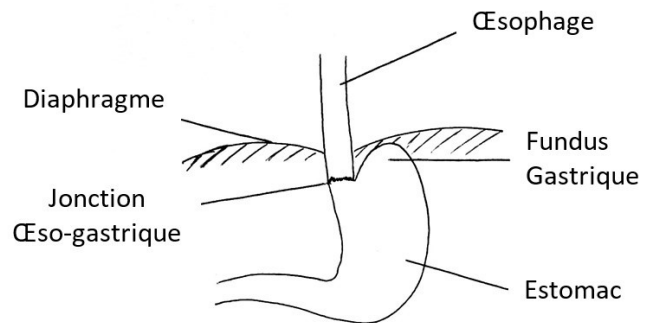


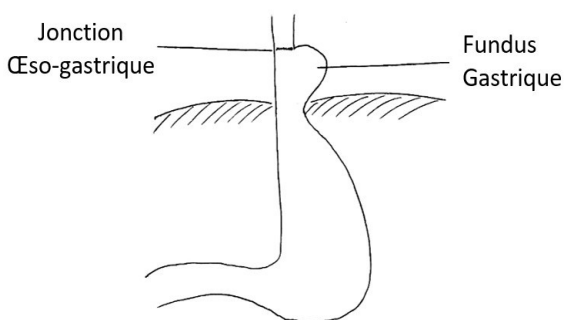
FICHE D'INFORMATION PATIENT

CURE DE HERNIE HIATALE AVEC VALVE GASTRIQUE

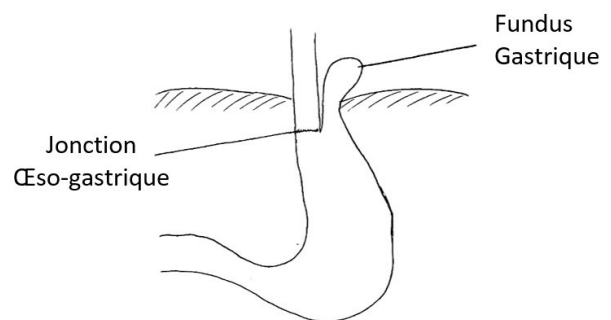
La hernie hiatale correspond au passage d'une portion de l'estomac à travers l'orifice diaphragmatique (ou hiatus) diaphragmatique. Le passage de l'extrémité supérieure de l'estomac à travers l'orifice hiatal survient lorsque les moyens de fixation de l'estomac et du bas œsophage sont affaiblis.



Dans 90% des cas, il y a glissement de la jonction œso-gastrique vers le haut qui quitte ainsi l'abdomen et se retrouve dans le thorax =
hernie par glissement



Dans 10% des cas, il y a roulement de la grosse tubérosité gastrique (ou fundus) à travers le hiatus diaphragmatique alors que l'œsophage et la jonction œso-gastrique restent en place =
hernie par roulement



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

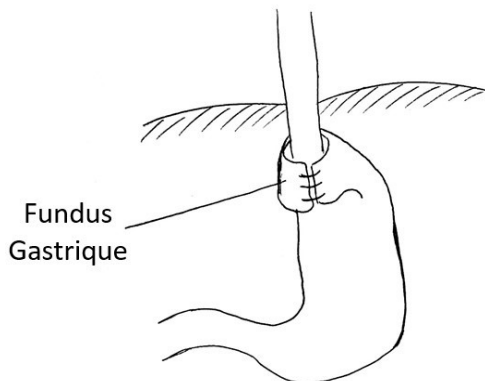
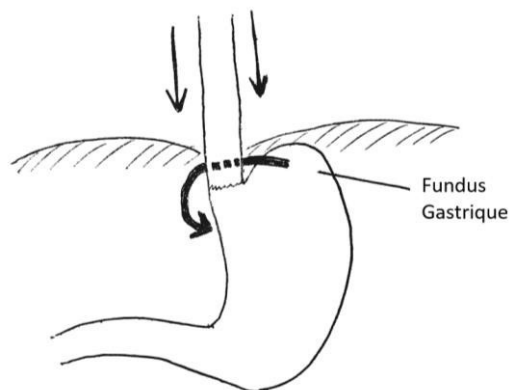
But de l'intervention

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

CURE DE HERNIE HIATALE AVEC VALVE GASTRIQUE

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 s'extériorisant au niveau de l'abdomen) est parfois mise en place pour ajouter un moyen de fixation dans des situations particulières.

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 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.
- **Le pneumothorax** (air dans la cavité thoracique) par ouverture de la plèvre (enveloppe entourant le poumon) au cours de la dissection. Un drain thoracique pourra être mis en place à la fin de l'intervention et sera enlevé après 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 de la valve anti reflux trop serrée. Une ré-intervention sera alors envisagée si la dysphagie persiste.
- **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 et vomissements occasionnels. Cette gastroparésie peut perdurer dans le temps.

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