

FICHE D'INFORMATION PATIENT



EVENTRATIONS

Vous allez être opéré/e d'une éventration

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 chirurgien 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 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 ?

Parfois les éventrations sont douloureuses car un segment du tube digestif est engagé dedans, un peu vrillé, ce qui gêne le transit. La complication la plus grave, même si elle est peu fréquente, est que ce segment digestif reste coincé dans l'éventration et commence à souffrir (on parle alors d'étranglement), ce qui nécessite une intervention en urgence. Il y a par ailleurs une gêne esthétique et même mécanique, surtout pour les grandes éventrations.

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 : le choix de ne pas faire d'opération et de garder l'éventration. Cela est raisonnable quand le risque de complication de l'éventration (ou la gêne occasionnée) sont minimes ou, à l'opposé, quand le risque de l'opération est trop élevé. A chaque fois votre chirurgien appréciera la balance bénéfice/risque avec vous.

Comment se déroule l'opération

L'intervention se déroule souvent sous anesthésie générale, mais parfois il est possible d'avoir une anesthésie loco-régionale ou locale. Vous aborderez ce point lors de la consultation de pré-anesthésie. Vous pourrez également l'aborder avec votre chirurgien. 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). Le choix dépend des caractéristiques de votre hernie et d'aspects techniques que votre chirurgien appréciera.

L'intervention commence par la libération des viscères engagés dans l'éventration et la mise à nu des bords de la zone de faiblesse (le « trou »). Celle-ci peut être réparée soit par une simple suture sur vos propres tissus (mais ce n'est pas l'idéal car les tissus sont fragilisés et sous tension), soit par la mise en place d'une prothèse (appelée également « grillage », « treillis », « filet » ou « plaque ») comme s'il s'agissait d'une « rustine ». Il existe plusieurs types de prothèses. Les plus fréquemment utilisées sont synthétiques, 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 biologiques) et sont surtout utilisées s'il existe un risque d'infection ; leur efficacité au long terme est encore peu connue. La variété de types et de formes de prothèse permet d'adapter le traitement à votre éventration. Votre chirurgien choisira la technique qui lui semble la plus adaptée à votre situation. Vous pouvez lui demander les raisons du choix qu'il/elle aura fait pour vous. Si une prothèse est mise en place (c'est le cas le plus fréquent), elle est fixée par des points, des agrafes ou de la colle, en fonction de la technique choisie par votre chirurgien. La prothèse s'intègre dans vos tissus en moyenne en 4 à 8 semaines, les prothèses d'origine animale ayant tendance à s'intégrer plus lentement. Les tissus cicatrisent autour de la prothèse et la fixent définitivement. Il est donc important d'éviter des efforts qui mettent sous tension la paroi abdominale pendant cette première période (environ 5-6 semaines).

Suites habituelles

En revenant dans votre chambre vous pouvez avoir des drains ou pas pour prévenir le sérome et l'hématome. Si votre intervention n'a pas comporté de geste sur le tube digestif, vous serez rapidement réalimenté et levé (souvent vous serez même opéré/e en *hospitalisation ambulatoire*).

Après la sortie de l'hôpital vous n'avez pas à garder le repos, mais vous ne devez 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 6 semaines. Votre chirurgien vous verra en consultation entre 1 et 4 mois après l'opération. Il vous demandera possiblement de le revoir 1 an plus tard en réalisant un scanner ou une échographie pour juger d'une éventuelle récurrence. En effet, celle-ci peut ne pas être évidente à l'examen physique et/ou apparaître jusqu'à 3 ans après la cure d'éventration.

Les risques de la cure d'éventration

- Risques pendant l'intervention.
 - Il s'agit essentiellement des *lésions d'organes de voisinage*, surtout du tube digestif. Ceci survient dans environ 10% des cas, lors des manœuvres de libération des viscères contenus dans l'éventration. Dans la grande 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.
 - Parfois il devient nécessaire en cours d'intervention *d'enlever un organe ou une partie d'organe*. Votre chirurgien appréciera cela et fera le nécessaire dans les meilleures

conditions. Si vous êtes opéré/e en cœlioscopie, cela peut imposer d'ouvrir l'abdomen, ce qu'on peut aussi être amené à faire en cas de difficultés techniques.

- Risques immédiats après l'intervention. Il s'agit surtout de complications au niveau de la paroi abdominale :
 - *Hématome*. Il est assez fréquent (environ 20%) et ne nécessite que rarement d'une ré intervention chirurgicale pour l'évacuer. Il est plus fréquent si vous avez un traitement anticoagulant ou antiagrégant. L'hématome peut faciliter l'infection.
 - *Sérome*. C'est l'accumulation de liquide propre (non infecté) entre les différents plans qui ont été séparés au cours de l'opération. Ces poches de liquide peuvent être évacuée si besoin par des ponctions à l'aiguille, une pose de drain, ou plus rarement une ré-intervention.
 - *Iléus* : le transit qui tarde à se rétablir. Il survient en moyenne dans 10% des cas. Il est favorisé par l'importance de l'événement à traiter. Les intestins sont « paralysés » après l'opération. Cela se traduit par des nausées, des vomissements et un ballonnement de l'abdomen. Il est nécessaire de placer une sonde dans l'estomac pour le vider.
 - *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.
 - 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).
- Risques au long terme.
 - La *récidive* survient dans environ 12% des cures d'événement. 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'événement. Cela est un peu plus fréquent avec les interventions par cœlioscopie.
 - Les *douleurs chroniques* sur la paroi abdominale. Elles atteignent environ 2% des patients opérés d'une cure d'événement. Elles sont souvent une séquelle liée à une irritation des nerfs sensitifs au contact de la prothèse pariétale. Un traitement au long cours est parfois nécessaire.