

FICHE D'INFORMATION PATIENT



HERNIES VENTRALES

1. Qu'est-ce qu'une hernie ventrale?

La paroi antérieure de l'abdomen est susceptible de présenter des zones de faiblesse pariétale appelées hernies, avec l'issue à travers l'orifice de graisse voire d'une partie du contenu de la cavité abdominale. Une hernie se manifeste généralement par une voussure de la paroi majorée par la position debout et les efforts.

Les hernies peuvent apparaître à n'importe quel âge. Les hernies ombilicales et les hernies de la ligne blanche sont les plus fréquentes, mais elles peuvent aussi se situer sous le sternum ou sur les côtés. On parle d'éventration quand elles se situent au niveau d'une cicatrice de chirurgie ancienne (voir fiche éventration).

Elles doivent être différenciées :

- des hernies de l'aîne, de mécanisme identique mais développées sur les côtés du pubis
- d'un diastasis des Droits, simple écartement des muscles au milieu de la partie haute de l'abdomen à l'effort, sans risque de complication

2. Quelles en sont les conséquences ?

Une fois la hernie constituée, l'augmentation progressive de son volume est la règle. La guérison sans opération n'existe pas.

L'évolution naturelle est une gêne croissante avec le temps, liée au piégeage de la graisse qui s'y insinue. L'étranglement herniaire digestif est le risque évolutif majeur : c'est l'incarcération de l'intestin dans la hernie. La hernie devient irréductible et très douloureuse. Ceci impose une consultation chirurgicale en urgence.

Du fait de ce risque croissant et de l'absence d'autre traitement pour ce phénomène mécanique, toutes les hernies ventrales justifient une évaluation chirurgicale. Le port d'une ceinture de contention peut diminuer l'inconfort ressenti mais ne traite pas la hernie.

3. Quel est le traitement d'une hernie ventrale?

Le traitement curatif d'une hernie ventrale est chirurgical. Le bilan pré-opératoire peut comporter une imagerie (échographie, scanner) et une évaluation cardio-respiratoire.

L'arrêt ou la diminution du tabac est très fortement recommandé pour des raisons confort post-opératoire, de cicatrisation et de qualité de la réparation.

Une abstention thérapeutique ne peut être proposée qu'à l'issue d'une consultation chirurgicale autorisant une balance bénéfice-risque complète.

4. Comment répare-t-on une hernie ventrale?

Le traitement de reconstruction pariétale repose sur deux principes:

- la suture des muscles pariétaux après réintégration du contenu extériorisé
- la mise en place de prothèses de paroi: tissu synthétique très souple, sorte de filet dont l'intégration pariétale va permettre la constitution d'un tissu cicatriciel très résistant

Les petites hernies peuvent ne pas nécessiter de renfort prothétique ; c'est le cas notamment chez l'enfant.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Elle peut être réalisée en ouvrant l'abdomen (voie ouverte) ou par abord mini-invasif

(coelioscopie), selon différents critères qui sont appréciés lors de la consultation pré-opératoire.

En fonction du type de hernie, la durée opératoire va de 30 à 45 minutes avec une simple hospitalisation ambulatoire dans les cas simples à plusieurs heures avec une hospitalisation conventionnelle de plusieurs jours dans les cas complexes.

Les suites opératoires initiales sont marquées par une cicatrisation progressive qui peut justifier le port d'une ceinture de contention. Dans tous les cas, la période post-opératoire de consolidation définitive est de quatre semaines pendant lesquelles on conseille d'éviter les efforts physiques importants (port de charges de plus de 5 kgs).

5. Quels sont les risques de la chirurgie des hernies ventrales ?

Les risques pendant l'intervention concernent essentiellement les lésions du tube digestif lors des réparations de grosses hernies, qui peuvent augmenter le risque d'infection et justifier une modification de la technique opératoire : conversion de coelioscopie en chirurgie ouverte, modification technique de la réparation pariétale.

Il existe aussi des complications exceptionnelles liées à la coelioscopie :

- Survenant lorsque l'on gonfle l'abdomen ou quand on introduit le premier trocart au début de l'opération, elles peuvent nécessiter une conversion en une grande ouverture (laparotomie).

- Il s'agit en général de blessures de gros vaisseaux comme l'aorte abdominale ou de blessures des organes proches du site opératoire, essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie). Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle, mais elles peuvent parfois passer inaperçues lors de l'intervention et provoquer une péritonite ou un abcès post-opératoire. Elles peuvent exceptionnellement entraîner le décès du patient.

Rares complications liées à toute chirurgie abdominale :

- Complications thromboemboliques (phlébites, embolie pulmonaire)
- Complications hémorragiques (plaies vasculaires, hématomes)

- Complications infectieuses sur incisions, cathéters, drains et sondes
- Plaies digestives, brides et occlusions intestinales secondaires
- Plaies vésicales, rétentions d'urines post-opératoires

Complications spécifiques précoces :

- Séromes (poche de liquide stérile) pouvant nécessiter une ponction (1,5%)
- Hématomes (poche de sang) pouvant diffuser dans les tissus et pouvant nécessiter une ré-intervention (0,5%)
- Exceptionnelles infections de la prothèse improprement appelées "rejets" et pouvant nécessiter une ré-intervention pour ablation (moins de 1% des cas)

Complications spécifiques tardives :

- Douleurs séquellaires, régressant le plus souvent dans les deux années suivant l'intervention (1-3%)
- Récidive de la hernie (entre 2 et 20% selon les caractéristiques de la hernie et de la réparation pariétale)