

EVENTRATIONS

FICHE D'INFORMATION PREOPERATOIRE POUR LE PATIENT (Club Hernie)

In Eventrations postopératoires. Monographies de l'Association Française de Chirurgie. Arnette Editeurs 2019

1- Obligations d'information

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 (1), il est nécessaire de délivrer par le praticien, au patient, une information préopératoire détaillée et adaptée, sur le type d'intervention qui va être réalisée. L'information est identique quel que soit le professionnel qui délivre en information, son mode et son lieu d'activité quel qu'en soit les circonstances.

Cette information permet au patient d'accepter ou de refuser les actes qui lui sont proposées

Cette information doit comporter explicitement

- L'état du patient
- L'objectif de l'intervention
- La nature de l'intervention
- Le déroulement des axes
- Les complications possibles : Risques fréquents, risques normalement prévisibles et risques graves
- Les alternatives thérapeutiques
- Une discussion sur le bénéfice risque de cette intervention
- Le suivi envisagé

L'information orale est primordiale et indispensable. En association à cette information orale, des documents écrits, s'ils existent, doivent être remis au patient pour que celui-ci puisse s'y reporter et en discuter avec les personnes de son choix.

Le document écrit et un schéma, doivent détailler de façon courte et concise les informations qui doivent être compréhensibles par le grand public.

Au décours de cette information détaillée, le patient va donner son consentement dit « éclairé » à l'intervention envisagée. Mais il incombe au médecin de pouvoir prouver qu'il a bien donné cette information en le signalant dans le dossier.

L'information doit être écrite et tracée sous forme d'une fiche d'information pré-opératoire signée, ainsi que le consentement par le patient. Ces deux documents sont susceptibles d'exonérer le patient du défaut d'information qui représente aujourd'hui 30% des condamnations au civil.

¹. Article L. 1111-2 al. 1 du Code de la santé publique : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. »

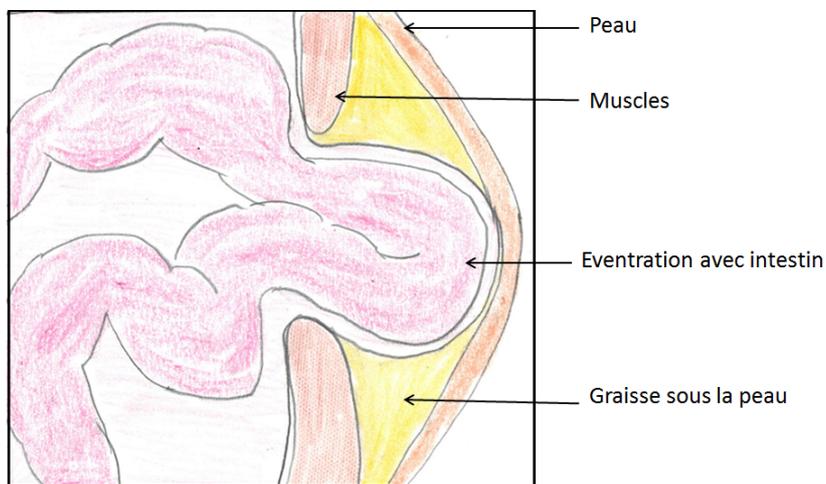
2- Information spécifique éventration (Hernie incisionnelle)

Voici une proposition de fiche

Précisez

- Nom et prénom du patient
- Nom du chirurgien
- Nature de l'intervention
- Date de l'intervention

Qu'est-ce qu'une éventration ?



Une éventration est une faiblesse dans les muscles de la paroi abdominale qui peut survenir dans les semaines ou mois toujours après une intervention chirurgicale (2 à 8 % des opérés de l'abdomen). L'éventration correspond au passage des organes intra-abdominaux à travers cette faiblesse acquise. Celle-ci peut augmenter de taille au fur et à mesure. L'éventration est plus voyante en position debout ou lors d'effort et disparaît parfois en position allongée. On sait que plusieurs situations augmentent le risque d'éventration comme le tabac, la chirurgie en urgence, l'obésité, la dénutrition, les efforts importants surtout juste après l'intervention ou les abcès (infection) de la cicatrice lors d'une précédente intervention. Pour ces raisons, votre chirurgien peut vous conseiller de différer l'intervention pour laisser le temps de réduire vos risques opératoires ; par exemple, comme un arrêt du tabac, un amaigrissement, un contrôle du diabète

Le plus souvent, l'éventration ne pose pas de problème, n'est pas douloureuse et n'est pas gênante. Il existe le plus souvent une gêne esthétique.

Dans de cas exceptionnels, l'éventration peut « s'étrangler ». Dans ce cas, l'éventration est douloureuse et est bloquée dans sa poche. Il est parfois nécessaire d'intervenir en urgence lorsque le tube digestif commence à souffrir avec un risque de perforation de celui-ci. Bien heureusement ce cas est peu fréquent. Une éventration douloureuse doit faire consulter en urgence.

But de l'intervention

Le but de l'intervention est de reconstruire et renforcer la paroi abdominale de façon durable. Des explorations pré-opératoires (scanner) sont souvent nécessaires. Désormais le traitement à l'aide d'une prothèse est la référence.

Y a-t-il des alternatives ?

Il n'y a pas d'autres méthodes que la chirurgie pour traiter une éventration de façon définitive et durable.

Lorsque que la gêne occasionnée est minime, ou que le risque de complication liée à l'intervention est trop élevée, il est possible de s'abstenir. Dans ce cas, le chirurgien peut vous proposer la mise en place d'une ceinture abdominale adaptée à la morphologie de son patient pour diminuer la gêne et tenter de maintenir cette situation.

En quoi consiste l'intervention ?

Cette intervention se déroule majoritairement sous anesthésie générale. Elle peut être réalisée en ouvrant la cavité abdominale au niveau de l'éventration (laparotomie) et/ou par coelioscopie (mini incision). Le choix dépendra principalement du type de l'éventration (localisation, taille, nombre etc.)

L'opération comprend deux principaux temps :

- La libération de l'éventration pour situer la ou les zones de faiblesse
- La réparation qui peut être réalisée par suture des muscles et/ ou renforcées par la mise en place d'une prothèse.

Le type de réparation, ainsi que la position et le type de prothèse seront décidés par le chirurgien lors de l'intervention en fonction des constatations pour réaliser l'intervention la plus adaptée au type d'éventration.

Suites opératoires

Le plus souvent, le chirurgien vous demandera d'acheter une ceinture abdominale en pré-opératoire qui sera positionné soit lors de l'intervention soit rapidement en postopératoire. Il est important d'éviter les efforts lors des deux premiers mois pour que la cicatrisation se fasse dans les meilleures conditions et ainsi éviter les récidives.

Vous serez réalimenté dès le soir ou le lendemain de l'intervention. On retirera votre perfusion, afin de pouvoir vous mobiliser rapidement.

Régulièrement, des drains ou « redons », sont mis en place lors de l'intervention pour prévenir les hématomes ou sérome (épanchement). Ceux-ci sont retirés lorsque le lors débit est peu important.

Après la sortie de l'hôpital, il est important de reprendre une vie la plus normale possible rapidement sans faire d'effort important avec sa paroi abdominale (sport, port de charges lourdes, travail etc.)

L'arrêt de travail est souvent d'un mois, adapté à votre situation professionnelle.

Quels sont les risques de cette intervention ?

- Risques pendant l'intervention.

- L'hémorragie : Pendant l'intervention, dans les zones de décollement, il est possible qu'il y ait des saignements. Ceux-ci sont contrôlés par le chirurgien. Il est exceptionnel que ces hémorragies nécessitent une transfusion.
- Une plaie digestive : Dans environ 10% des cas, lors de la libération de l'événement et des viscères contenus dans celle-ci, une plaie du tube digestif peut survenir. Ces plaies seront suturées lors de l'intervention mais il est parfois nécessaire parfois d'enlever un segment d'intestin. Dans ce cas le risque d'infection est augmenté, et la technique de réparation peut être modifiée. En cas d'infection pendant l'intervention il n'est pas recommandé de mettre en place une prothèse pour renforcer la paroi.
- Risques spécifiques à la coelioscopie (exceptionnel) : Ces complications sont liées en général lorsque l'on gonfle l'abdomen ou que l'on introduit le premier trocart en début d'intervention. Elle peut nécessiter alors d'ouvrir le ventre. Il peut s'agir d'une blessure du tube digestif ou de gros vaisseaux comme l' aorte abdominale.

- Risques post opératoires après l'intervention.

- Le sérome (épanchement) (5%) : Il s'agit de l'accumulation d'un liquide non infecté dans les zones décollées pour permettre la réparation de la paroi abdominale. Ce sérome est très fréquent. Le plus souvent, le sérome se résorbe tout seul en quelques jours. Parfois il est nécessaire de le ponctionner. Dans de rares cas une réintervention est nécessaire. Les drains posés lors de l'intervention ont pour but d'éviter ce sérome.
- L'hématome (5%) : Il s'agit d'une accumulation de sang. C'est une complication fréquente. Il est plus fréquent lorsque que le patient a un traitement de type anticoagulant ou antiagrégant. Il peut être nécessaire de réintervenir pour l'évacuer. S'il existe une baisse de l'hémoglobine sur le bilan, un scanner sera réalisé afin de vérifier qu'il n'existe pas un saignement actif nécessitant soit une reprise chirurgicale soit une embolisation par les radiologues
- L'occlusion intestinale (iléus) : Il s'agit d'un retard à la reprise du transit digestif. Le ventre est alors ballonné. Il survient dans environ 10% des cas et principalement dans les volumineuses évènements nécessitant une libération importante de l'intestin. Il peut être nécessaire de poser une sonde dans l'estomac afin de vider celui-ci et de favoriser la reprise du transit.

- L'infection : Il s'agit d'une complication rare (3-5%). L'infection peut être superficielle, sous la peau. Elle nécessite principalement des pansements avec des méchages. Si l'infection atteint la prothèse, il peut être nécessaire de retirer la prothèse afin de contrôler l'infection.
- Comme toute intervention chirurgicale, il est possible d'avoir des complications générales de type phlébite, infection respiratoire, infection et rétention urinaires, etc. Ces complications peuvent (exceptionnellement) être très graves voire mortelles, d'où l'importance de réduire les risques des patients les plus fragiles par une préparation préopératoire adaptée.
 - Risques au long terme.
- La récurrence : La survenue à nouveau d'une éviscération traitée par prothèse est possible dans 12% des cas (sans prothèse, taux de récurrence : > 30%) . Elle peut nécessiter une nouvelle intervention.
- Les douleurs chroniques : Chez certains patients (2%) opérée de cure d'éviscération des douleurs chroniques peuvent subsister à long terme. Elles sont liées à l'irritation des nerfs sensitifs au contact de la prothèse ou de sa fixation. un traitement peut être nécessaire pour les soulager.
- Troubles de la sensibilité : Il peut persister des troubles de la sensibilité principalement avec une diminution de la sensibilité au niveau de la paroi abdominale. Ces troubles sont le plus souvent résolutifs au bout de quelques mois.
- Occlusion tardive : Le fait d'entrer dans la cavité abdominale peut créer des adhérences ou des brides, pouvant être responsable d'occlusion à distance de l'intervention.
- Complications exceptionnelles : Érosion d'organe creux, migration de prothèse, infection à révélation tardive etc. Ce type de complication peut se révéler très à distance de l'intervention sous forme d'abcès ou de petit écoulement par une cicatrice. Cela peut parfois contraindre à retirer la prothèse et à reconstruire la paroi en une ou plusieurs interventions.

Il existe une fiche approuvée par les différentes sociétés de chirurgies digestives, générales et de paroi : <http://www.chirurgie-viscerale.org/patient/fiches-dinformation>