

Vous souffrez d'une hernie de la paroi abdominale (hernie ombilicale, de la ligne blanche, hernie de Spiegel) et vous allez prochainement bénéficier d'une intervention chirurgicale. Voici quelques informations concernant votre problème de santé actuel et les techniques chirurgicales utilisées pour le guérir.

QU'EST-CE QU'UNE HERNIE ?

Une hernie de la paroi abdominale peut être définie comme l'extériorisation partielle ou complète de graisse ou d'organes provenant de l'intérieur du ventre (cavité abdominale), entourés de péritoine (membrane entourant les viscères, à travers une brèche (orifice naturel ou non) de la paroi abdominale).

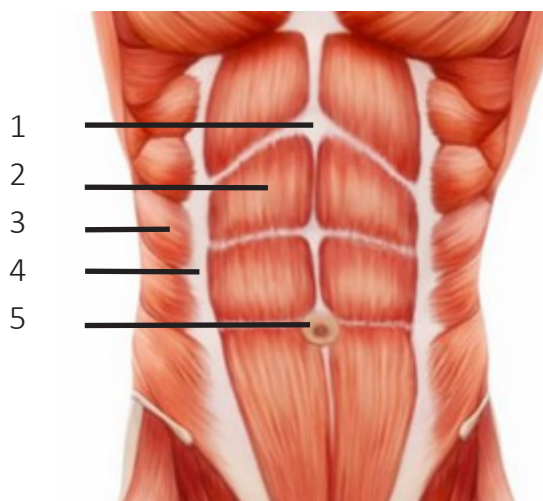
POINT FAIBLE DE LA PAROI ABDOMINALE?

Au niveau de la paroi musculaire de l'abdomen existent plusieurs points faibles au niveau desquels il est plus fréquent de retrouver une hernie. L'ombilic (nombril) est un point de faiblesse de la paroi : il était le point de passage des vaisseaux sanguins qui relie le bébé à sa maman durant la grossesse, il s'agit du cordon ombilical. A la naissance, ce conduit se bouche naturellement et est coupé : la paroi est naturellement plus fine à ce niveau.

Il existe également des points de faiblesse sur la ligne blanche, c'est à dire la zone de jonction sur la ligne médiane des muscles abdominaux antérieur (hernie de la ligne blanche, hernie épigastrique) et à la jonction entre les muscles obliques et les muscle abdominaux antérieurs le long de la « ligne de Spiegel » (hernie de Spiegel).

Anatomie de la paroi abdominale

1. Ligne blanche
2. Muscle abdominal antérieur
3. Muscles obliques
4. Ligne de Spiegel
5. Ombilic



SYMPTÔMES D'UNE HERNIE DE LA PAROI ABDOMINALE:

Les symptômes sont variables d'une personne à l'autre. Une hernie peut se manifester sous forme d'une grosseur non douloureuse apparaissant en position debout ou lorsque la paroi abdominale se contracte (port de charges, toux, éternuement, aller aux toilettes). Cette grosseur peut s'accompagner une douleur fugace lors de sa sortie et disparaît spontanément en position couchée ou bien lorsque l'on exerce une pression manuelle dessus. Parfois elle reste toujours à l'extérieur. Il est possible que la hernie se manifeste par une douleur sans qu'aucun bombement ne soit perçu lorsque celle-ci est de très petite taille. Au cours du temps, cette grosseur peut progressivement augmenter en taille. Il peut également y avoir un/des épisode/s où l'on perçoit un bombement induré, très douloureux, qui rentre spontanément ou manuellement après quelques heures. Il s'agit d'un épisode **d'engouement herniaire**.



COMPLICATIONS D'UNE HERNIE :

Non traitée, la hernie augmente progressivement de volume ce qui peut rendre le traitement chirurgical plus lourd en cas de hernie de très grande taille. Le contenu herniaire, c'est à dire les viscères abdominaux qui s'extériorisent, devient de plus en plus important et peut provoquer la sortie d'organes comme l'intestin grêle, le colon, etc..., ce qui peut engendrer des douleurs abdominales intermittentes, de la constipation. Le risque principal est constitué par **l'étranglement herniaire** : le contenu de la hernie sort à travers la brèche de la paroi et reste coincé sans pouvoir rentrer vers l'abdomen. Il s'agit d'un épisode très douloureux similaire à l'engouement herniaire mais qui ne passe pas. Dans ce cas, il existe un risque important de nécrose de l'intestin si un segment de ce dernier est piégé à l'extérieur. C'est une urgence chirurgicale et vitale. La hernie de la paroi abdominale est donc un problème bénin qui non traité peut avoir des conséquences potentiellement graves pour la santé.

POURQUOI SE FAIRE OPÉRER D'UNE HERNIE DE LA PAROI ABDOMINALE ? DANS QUELS DÉLAIS ?

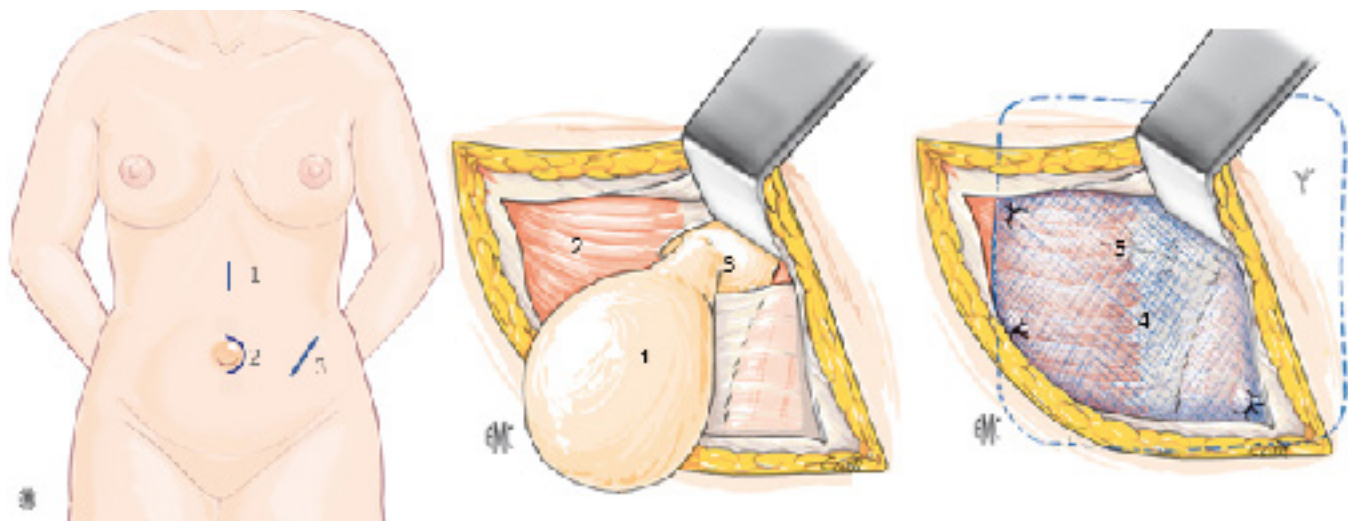
Seules les hernies qui engendrent des symptômes (gêne, douleur, augmentation de la grosseur dans le temps) ou des complications font l'objet d'une intervention chirurgicale. Il ne s'agit pas d'une intervention à visée esthétique, mais bien de rétablir une solidité à la paroi abdominale et prévenir tout risque de complication (étranglement herniaire).

L'intervention est habituellement programmée dans les mois qui suivent la consultation. S'il y a eu un épisode d'engouement herniaire, il est nécessaire d'intervenir dans un délai plus court à définir avec votre chirurgien.

QUEL TYPE D'OPÉRATION ?

Dans notre service, deux techniques chirurgicales sont essentiellement pratiquées : la technique dite « classique » ou par voie ouverte et la technique par voie laparoscopique (petits trous et caméra dans le ventre). Toutes deux comportent la mise en place d'un filet prothétique en forme de treillis. Ce filet, en polypropylène est placé au contact de la paroi musculaire, fusionne progressivement avec celle-ci pour la renforcer : il va constituer un barrage qui permettra d'éviter que des viscères de l'abdomen ne ressortent à travers l'orifice herniaire. Dans certains cas (hernie ombilicale, technique laparoscopique) une prothèse biface est employée : il s'agit du même type de prothèse mais avec un feuillet non adhérent du côté des viscères de l'abdomen. Le choix de la technique est laissé au chirurgien qui vous prend en charge en fonction de vos antécédents médicaux et chirurgicaux et du type de hernie.

Technique par voie ouverte:



Tracé de l'incision sur l'abdomen

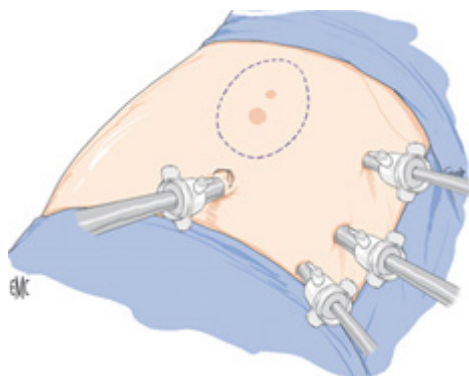
1. Hernie de la ligne blanche
2. Hernie ombilicale
3. Hernie de Spiegel

Technique par voie ouverte:

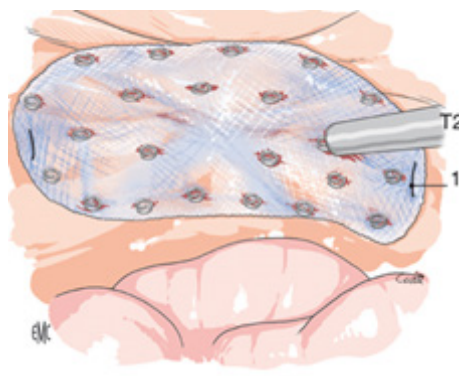
1. Dissection de la hernie
2. Paroi musculaire
3. Brèche musculaire laissant la hernie s'extérioriser
4. Placement d'un filet prothétique derrière les muscles
5. Fermeture musculaire au niveau de la brèche

Cette technique s'effectue en pratiquant une incision en regard de la grosseur. La hernie est isolée et refoulée vers l'intérieur de l'abdomen, ensuite une prothèse est placée derrière les muscles de l'abdomen, fixée par des points, et la brèche musculaire à travers laquelle s'extériorisait la hernie est refermée par des points de suture. Cette technique est pratiquée sous anesthésie générale.

Technique laparoscopique:



Tracé des incisions sur l'abdomen



Positionnement de la prothèse derrière les muscles
1. Points de fixation de la prothèse à la paroi

Cette technique consiste à travailler par de « petits trous » et une caméra en gonflant l'abdomen avec du CO2 sous anesthésie générale. Une fois la hernie réduite dans la cavité abdominale, un filet prothétique est placé derrière les muscles de la paroi abdominale. Celle-ci est fixée par des petites punaises résorbables et/ou de la colle biologique.

EN PRATIQUE:

Quelle que soit la technique, la durée moyenne d'intervention est d'environ 1h00-1h30.

Si votre état de santé et votre organisation personnelle le permet, cette intervention peut être pratiquée en hôpital de jour, avec une sortie au plus tard pour 19h ou lors d'une hospitalisation d'une nuit ou plus en fonction de la taille de la hernie et de la technique choisie.

Vous devrez prendre rendez-vous avant l'intervention chirurgicale avec un anesthésiste. Ce dernier vous donnera les recommandations en termes de jeûne préopératoire et vous dira quels médicaments arrêter ou poursuivre avant l'intervention.

Après l'intervention, il est nécessaire de :

- Éviter de conduire durant 2 à 7 jours
- Ne pas porter de charges lourdes pendant 6 semaines (max 5kg) et de ne pas pratiquer de sport sauf la marche.
- Éviter de prendre l'avion ou d'effectuer de longs voyages en voiture/train pendant 4 semaines.
- Marcher régulièrement sans forcer dès le jour de l'intervention et prendre régulièrement les anti-douleurs prescrits afin de ne pas laisser s'installer la douleur

ÉVOLUTION POSTOPÉRATOIRE :

Quelle que soit la technique, il est possible d'observer les phénomènes suivants :

- Douleur postopératoire persistant au-delà d'un mois lors des mouvements
- Ecchymose (« bleu ») en regard de la zone opérée
- Réapparition d'une grosseur en postopératoire : il s'agit le plus souvent d'un sérome ou d'un hématome (poche de liquide ou de sang)

Il est nécessaire de recontacter le service en cas de:

- Fièvre postopératoire
- Apparition d'une grosseur en regard de l'ancien site de hernie
- Douleurs ne cédant pas aux antalgiques prescrits
- Suintement, rougeur, réouverture d'une plaie
- Nausées, vomissements incoercibles

RISQUES PRINCIPAUX DE L'INTERVENTION :

- Récidive d'une hernie au même endroit à court ou long terme.
- Infection du filet prothétique.
- Douleur postopératoire persistante liée à l'irritation chronique d'un nerf sensitif de la paroi abdominale.

Secrétariat de chirurgie :

010 437 235

secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be

Dr MAJERUS Bernard

Bernard.majerus@cspo.be

010 437 626

Dr DUTRANOY Jean-Christophe

Jean-christophe.dutranoy@cspo.be

Dr STAINIER Laurent

Laurent.stainier@cspo.be

010 437 117

Dr BIERLER Julie

Julie.bierler@cspo.be