

Vous souffrez d'une hernie inguinale et vous allez prochainement bénéficier d'une cure de hernie inguinale. 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.

RÉGION DE L'AINE : POINT FAIBLE DE LA PAROI ABDOMINALE, POURQUOI ?

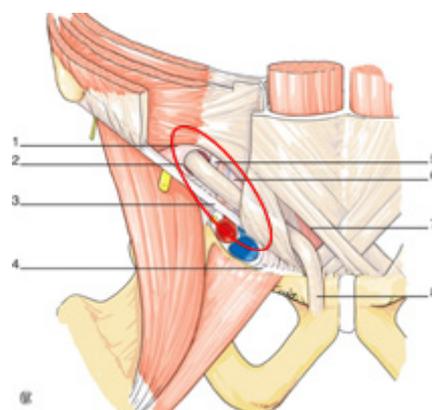
L'homme et la femme ont le même canal inguinal, seul diffère leur contenu : les éléments du cordon spermatique chez l'homme, en communication avec le testicule dans la bourse, le ligament rond de l'utérus chez la femme qui participe à la suspension de la matrice dans le petit bassin.

Au cours de l'évolution, le passage à la position debout s'est accompagné de profondes transformations: en même temps que la colonne vertébrale s'est redressée et que le bassin s'est défléchi par rapport à la paroi ventrale de l'abdomen, les muscles de la paroi abdominale vont ainsi être tous étirés et au niveau de l'aîne. Le passage de l'intérieur du ventre vers l'aîne de plusieurs organes (cordon spermatique chez l'homme, ligament rond chez la femme et vaisseaux fémoraux irrigant la cuisse, nerfs) est désigné par l'orifice musculo-pectinéel, point faible de la paroi de l'aîne. De la taille de cet orifice dépendra, selon la constitution de chacun, une plus ou moins grande probabilité de faiblesse à ce niveau et donc de hernie.

Anatomie du canal inguinal

1. Tendon conjoint
2. Anneau inguinal profond
6. Fascia transversalis
7. Anneau inguinal superficiel
8. Cordon spermatique, chez l'homme qui sort de l'abdomen par l'anneau inguinal profond

 Orifice musculo-pectinéel



SYMPTÔMES D'UNE HERNIE INGUINALE :

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 vive ou d'une simple gêne 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 vive ou une simple gêne au niveau de l'aîne, qui apparaît lors des mêmes circonstances (port de charges, toux, éternuement, aller aux toilettes) sans qu'aucun bombement ne soit perçu. Au cours du temps, cette grosseur peut progressivement augmenter en taille et descendre vers la bourse chez l'homme. 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 DE LA HERNIE INGUINALE :

Non traitée, la hernie augmente progressivement de volume et a tendance à descendre progressivement dans la bourse chez l'homme. Le contenu herniaire, c'est à dire les organes abdominaux qui s'extériorisent, devient de plus en plus important et peut provoquer la sortie d'organes comme l'intestin grêle, le colon, une partie de la vessie, etc..., ce qui peut engendrer des douleurs abdominales intermittentes, de la constipation, ou des troubles urinaires.

Le risque principal est constitué par **l'étranglement herniaire** : le contenu de la hernie sort vers la région inguinale 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 l'aîne est donc un problème bénin qui non traité peut avoir des conséquences potentiellement graves pour la santé.

POURQUOI SE FAIRE OPÉRER D'UNE HERNIE INGUINALE? DANS QUELS DÉLAIS ?

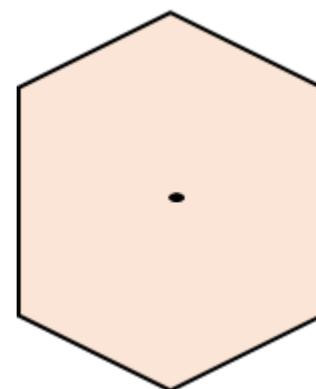
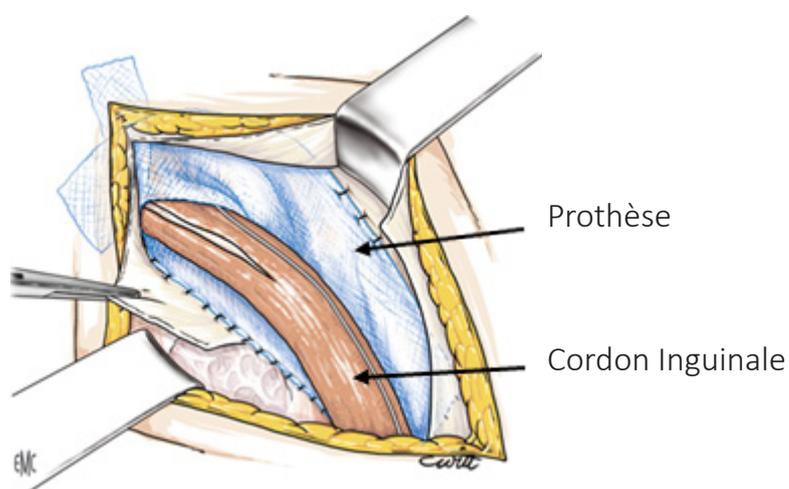
Seules les hernies qui engendrent des symptômes (gêne, douleur, augmentation de la taille de la grosseur dans le temps) ou des complications sont l'objet d'une intervention chirurgicale. Il ne s'agit pas d'une intervention à visée esthétique, mais bien de rétablir une solidité à la région inguinale et 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 Lichtenstein et la technique par voie laparoscopique. 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 inguinal. 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 de Lichtenstein:

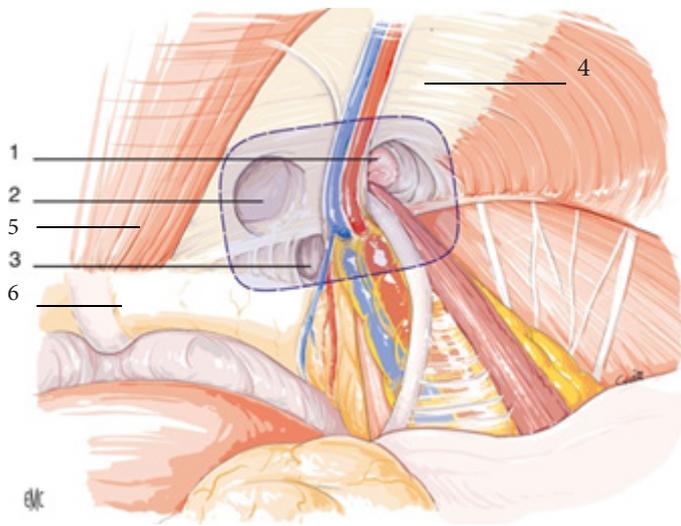


Tracé de l'incision sur l'abdomen

Cette technique s'effectue en pratiquant une incision au-dessus du pli de l'aîne du côté à opérer. La hernie est isolée et refoulée vers l'intérieur de l'abdomen, ensuite une prothèse est placée entre les muscles de l'abdomen, en laissant un passage pour le cordon chez l'homme (chez la femme la prothèse est laissée entière). Si nécessaire les muscles peuvent être rapprochés pour diminuer la taille de l'orifice inguinal à l'origine de la hernie. Si les deux côtés doivent être traités, une incision au-dessus du pli de l'aîne sera pratiquée de chaque côté. Cette technique peut être pratiquée sous anesthésie générale, sous rachianesthésie (le bas du corps est endormi suite à une injection dans le dos), ou sous hypnosédation (technique d'hypnose pratiquée par un anesthésiste spécialisé)

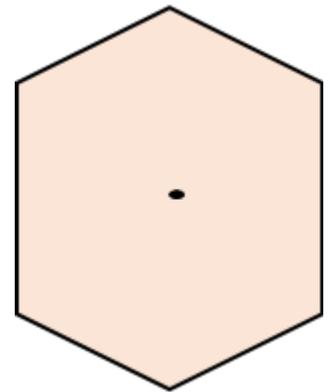
Technique laparoscopique (TEP ou TAPP):

Cette technique consiste à travailler par de « petits trous » 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 dans un espace qui n'est pas au contact des viscères de l'abdomen. Celle-ci est fixée par des petites punaises résorbables et/ ou de la colle biologique.

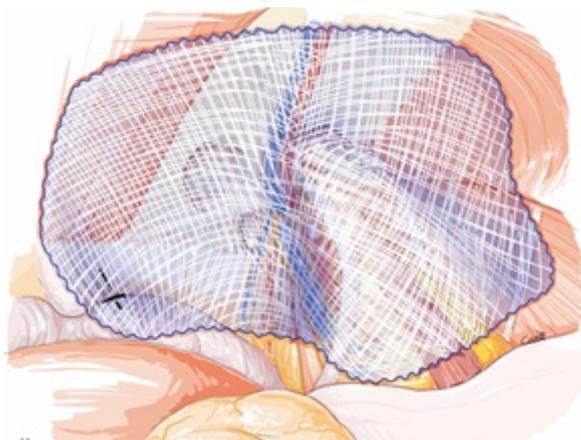


Anatomie de la paroi abdominale vue par voie laparoscopique. Sites herniaires

1. Site des hernies latérales
2. site des hernies médiales
3. site des hernies fémorales.
4. Paroi abdominale profonde.
5. Pubis.
6. Vessie



Tracé des incisions sur l'abdomen



Positionnement de la prothèse. Aspect final.

EN PRATIQUE:

Quelle que soit la technique, la durée moyenne d'intervention est d'environ 45 min par côté.

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.

Le choix du type d'anesthésie dans le cas de la technique classique se fait avec l'anesthésiste avec lequel vous devrez prendre rendez-vous avant l'intervention chirurgicale. Ce dernier vous donnera également les recommandations en termes de jeûne préopératoire et vous dira quels médicaments arrêter ou poursuivre avant l'intervention.

ÉVOLUTION POSTOPÉRATOIRE :

En cas de Lichtenstein, il est classique d'observer un cordon induré en regard de la cicatrice qui disparaît spontanément après 6 semaines post-opératoires.

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

- Augmentation temporaire de volume des grandes lèvres ou des bourses
- Bourses ou grandes lèvres bleutées

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

Il est nécessaire de recontacter le service en cas de:

- Fièvre postopératoire
- Apparition d'une grosseur en regard de l'aine
- 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 de l'aine à court ou long terme.
- Infection du filet prothétique.
- Douleur postopératoire persistante (inguinodynie) liée à l'irritation chronique d'un nerf sensitif de la région inguinale.

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