

## Chirurgie viscérale et digestive

Chirurgie oncologique, endocrinienne et bariatrique

**Pôle ONCOCHIRURGIE DIGESTIVE, UROLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE, ORL et STOMATOLOGIE**

Madame, Monsieur,

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

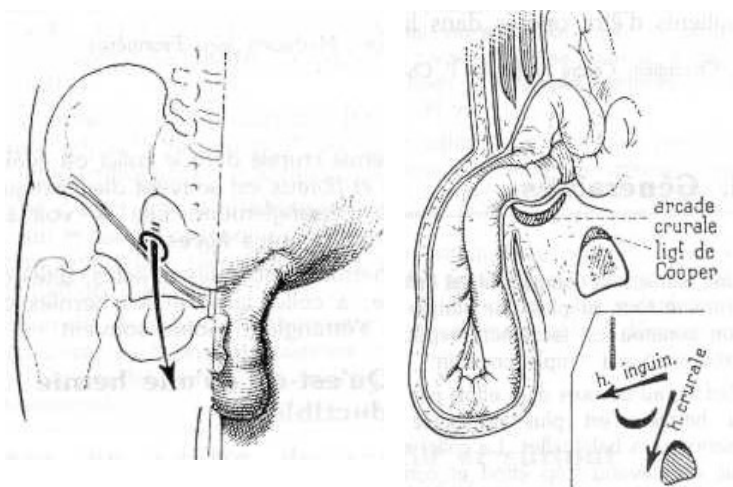
### Qu'est-ce qu'une hernie de l'aîne ?

Toute hernie est constituée d'un sac herniaire, d'un collet et d'un contenu.

**La hernie inguinale indirecte** suit le trajet du cordon spermatique chez l'homme et celui du ligament de suspension de l'utérus chez la femme.

**La hernie inguinale directe** refoule la paroi abdominale droit devant.

**La hernie crurale** est située en dessous de



### Quelles en sont les conséquences ?

Une fois la hernie constituée, l'augmentation progressive de son volume est la règle, mais s'observe avec une vitesse d'évolution variable.

**La guérison sans opération n'existe pas.**

L'évolution naturelle est une gêne croissante avec le temps. **L'étranglement herniaire** 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.

Le risque d'étranglement est variable selon le type anatomique de la hernie: faible pour la hernie inguinale dans sa variété directe, il est important pour la hernie crurale. Ce risque doit être discuté avec le chirurgien lors de la consultation.

Il y a des hernies qui s'accompagnent de douleurs locales en l'absence d'étranglement. Ces douleurs peuvent être liées à d'autres pathologies et non à la hernie, et risquent de persister après la réparation de la hernie.

### Quel est le traitement d'une hernie de l'aîne ?

Le traitement est chirurgical. La réduction de la hernie et sa tentative de maintien par un bandage herniaire n'est pas une option thérapeutique à retenir aujourd'hui.

Une abstention thérapeutique ne peut être proposée qu'à l'issue d'une consultation chirurgicale.

## Comment répare-t-on une hernie ?

### Deux types de procédures ont été développés :

1. Reconstruction de la paroi par coutures utilisant les tissus anatomiques.
2. Renfort de paroi utilisant un voile de tissu synthétique (on parle alors de réparation par « plaque, prothèse, voile, filet... »).

Deux modes de réalisation technique existent et se différencient par le site d'implantation du renfort de paroi :

1. Voie directe antérieure (incision unique à l'aîne).
2. Voie cœlioscopique postérieure (mini-incisions proches du nombril).

Dans tous les cas, la période post-opératoire de consolidation définitive est de trois à quatre semaines pendant lesquelles on conseille d'éviter les efforts physiques importants (port de charges de plus de 5 kgs).



## Quels sont les risques de la chirurgie des hernies de l'aîne ?

### Complications rares 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 (bosse de liquide clair) et ecchymoses (placard bleu) pouvant diffuser dans les tissus de la verge et des bourses (entre 5 et 10% des cas).
- Retentissement sur la sensibilité sus-pubienne, le volume et la sensibilité du testicule et des bourses dû à la dissection du cordon spermatique et pouvant conduire à une atrophie ischémique du testicule (moins de 1% des cas).
- Exceptionnelles infections de la prothèse improprement appelées "rejets" et pouvant nécessiter une ré-intervention pour ablation (moins de 0,35% des cas).

### Complications spécifiques tardives :

- Douleurs séquellaires, régressant le plus souvent dans les deux années suivant l'intervention et qui semblent plus fréquemment observées après voie antérieure (2-4%).
- Récidive de la hernie (autour de 2% après renfort de paroi utilisant la pose d'un treillis prothétique).

### Complications exceptionnelles liées à la cœlioscopie :

- risque de conversion en une grande ouverture (laparotomie).
- risque de blessures de gros vaisseaux ou de blessures des organes proches (intestin, urètre, vessie). 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.