

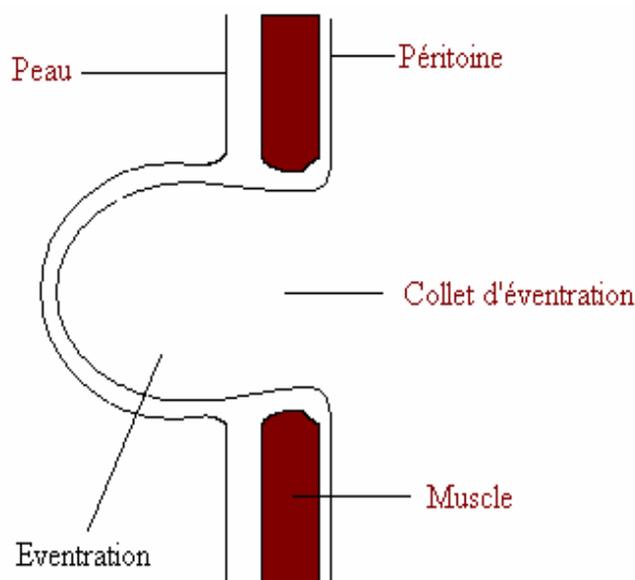
INFORMATIONS AUX PATIENTS
ÉVENTRATION : CURE CHIRURGICALE
Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

Cette brochure est destinée à répondre aux questions fréquentes concernant la chirurgie de l'éventration. Il s'agit d'un document n'abordant que des principes généraux, sans être exhaustif, ni normatif.

De quoi s'agit-il ?

Une éventration est l'issue d'une partie du contenu de l'abdomen à travers un orifice (collet) non naturel de la paroi abdominale. A la différence de la hernie (orifice physiologique), l'éventration est la conséquence d'une opération chirurgicale (95% des cas) ou plus rarement d'un traumatisme (5%). Elle résulte d'un défaut de cicatrisation musculaire dans les suites d'une intervention, soit après une infection de la plaie, soit secondaire à une tension chronique et excessive des muscles, telle qu'on l'observe dans l'obésité (principale cause).



Vue en coupe de la paroi abdominale et d'une éventration

Certaines incisions exposent davantage au risque d'éventration, comme les cicatrices médianes, car plus « fragiles » (10 à 20% des patients opérés). Dans la grande majorité des cas, elles apparaissent dans l'année qui suit l'opération, et ce, en dépit des moyens mis en œuvre pour les prévenir (prévention de l'infection de la plaie, réparation minutieuse des muscles à l'aide de fils plus solides, incisions plus petites ou recours à la chirurgie par laparoscopie).

Mécanisme et conséquences

Les muscles s'écartent peu à peu, jusqu'à ce que le péritoine (sorte de membrane tapissant l'intérieur de l'abdomen) s'engage dans l'orifice sous l'effet de la pression abdominale, et forme un sac contenant de l'intestin. Cette éventration crée une voussure cutanée, molle et indolore à la palpation, extériorisée en position debout et disparaissant en position allongée, après que le sac se réintègre spontanément.

Les conséquences de l'éventration sont avant tout fonctionnelles et se traduisent par une augmentation inéluctable de son volume, qui peut devenir à terme invalidante, voire entraîner une fissuration cutanée dans de rares cas. En outre, le risque majeur de l'éventration est l'**étranglement**, imprévisible (d'autant plus probable que l'orifice est petit et qu'il existe des efforts de poussée quotidiens), correspondant à l'incarcération d'un segment d'intestin dans l'orifice d'éventration ("intestin coincé"), sans possibilité de le réintégrer dans l'abdomen. Cette complication se traduit en général par une vive douleur et une éventration gonflée (qu'elle que soit la position) « qui ne rentre plus ». **Il s'agit d'une urgence chirurgicale qui doit vous inciter à consulter au plus vite !**

Traitements

Le seul traitement possible est chirurgical. Les systèmes de contention sont totalement inefficaces. L'indication opératoire dépend essentiellement du volume de l'éventration et de son caractère invalidant, ou de l'existence d'une complication (étranglement).

Les différents types de traitement chirurgicaux ont en commun la résection du sac péritonéal de l'éventration et la fermeture de l'orifice musculaire, réalisée soit par une suture simple, soit par la mise en place d'une prothèse («plaques») de renforcement pariétal.

En présence d'une éventration très volumineuse, la fermeture directe et le rapprochement des berges musculaires n'est pas toujours possible, ou alors sous tension, ce qui expose à un risque de récurrence non négligeable (10 à 80% selon le type d'éventration, leur localisation, la surcharge pondérale, etc...). Cet écueil est évité par l'utilisation d'une « plaque », positionnée entre le péritoine et la face profonde des muscles, assurant à long terme une contention satisfaisante et une consolidation de la paroi musculaire. En effet, la prothèse a pour **avantage** de répartir les forces de pression, non plus sur une seule suture, mais sur toute l'étendue des muscles en regard desquels elle a été placée. Ses **inconvenients** résident dans la dissection étendue que sa mise en place impose, augmentant le risque d'hématome. De plus, la présence d'un corps étranger dans l'organisme, telle qu'une plaque, expose à un risque accru d'infection de ce matériel, même si cette complication est exceptionnelle (0,5 à 1% des cas) et souvent liée à des terrains particuliers (obésité, diabète, etc...). La survenue d'une telle infection impose un retrait complet de la plaque. De plus, il existe une incertitude quant au devenir à très long terme de ces "plaques".

Rq : dans de rares cas (raison anatomique), la prothèse ne peut pas être positionnée entre le péritoine et les muscles, laquelle est disposée dans la cavité péritonéale, au contact de l'intestin. Le matériau utilisé est alors du Gore-Tex®, souple et lisse, peu traumatisant pour l'intestin. A noter un taux de récurrence plus important dans cette technique, compris entre 5 et 10%. Cette intervention peut-être réalisée par **laparoscopie**.

Complications post-opératoires

Des complications peuvent survenir, mais restent rares. Nous avons déjà évoqué le risque **infectieux**, dont la fréquence est voisine de 1%. L'**hématome** post-opératoire minime impose une simple surveillance, mais doit être évacué lorsqu'il est volumineux, afin de diminuer le risque de surinfection. Exceptionnellement, une peau préalablement fragilisée par une volumineuse éventration peut se nécroser, nécessitant des soins locaux ou une excision des tissus dévitalisés.

En fait les véritables risques sont surtout d'ordre **général**, dépendent d'éventuelles maladies **cardiaques** et **respiratoires** associées, ou du terrain (sujet **obèse** et/ou **diabétique** plus exposé au risque **infectieux** et d'**embolie pulmonaire**), justifiant une prévention accrue (équilibration d'un diabète, amaigrissement, traitement d'une hypertension artérielle, kinésithérapie respiratoire, anti-coagulation postopératoire et port de bas de contention, etc...).

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille de l'opération. Dans la majorité des cas, vous êtes réalimenté dès le lendemain de l'intervention et la sortie a lieu entre le 3^{ème} et 6^{ème} jour post-opératoire, après retrait des drains. Une anti-coagulation post-opératoire et le port de bas de contention sont instaurés dès la période post-opératoire immédiate, jusqu'à reprise de la déambulation. La contention abdominale par une ceinture est recommandée pendant les 8 semaines suivant l'intervention. Eviter le port de charges lourdes et les sports violents pendant 8 semaines. Alerte votre médecin si vous constatez : sécrétion purulente au niveau des incisions ou rougeur locale, fièvre, douleurs très intenses non calmées par les antalgiques usuels ou distension de l'abdomen avec arrêt du transit (arrêt des gaz).

Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation à 1 mois.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.