



INFORMATIONS SUR LES EVENTRATIONS

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Une éventration est l'issue d'une partie du contenu de l'abdomen à travers un orifice non naturel de la paroi abdominale, le plus souvent une cicatrice chirurgicale. Les orifices naturels donnent lieu à des hernies.

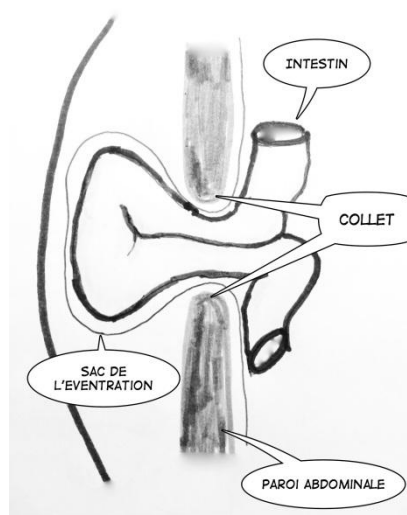
Les éventrations postopératoires résultent d'un défaut de cicatrisation des muscles sectionnés, puis recousus en fin d'intervention. Les principales causes de cette cicatrisation imparfaite sont l'infection de la plaie en postopératoire dans les 15 premiers jours mais aussi l'obésité responsable d'une tension importante sur les muscles. Les éventrations peuvent être également la conséquence d'efforts trop précoces après une intervention chirurgicale.

La grande majorité se constituent et deviennent apparentes dans l'année qui suit l'opération initiale.

QUE SE PASSE-T-IL ?

Les muscles s'écartant l'un de l'autre, le péritoine (sorte de membrane tapissant l'intérieur du ventre) est poussée progressivement dans la graisse sous cutanée par la pression abdominale. L'intestin grêle et le colon peuvent s'engager dans cet orifice. Le péritoine constitue alors une sorte de sac qui contient de l'intestin en position debout, ou à l'effort. Le plus souvent, au repos ou en position allongé l'intestin réintègre l'abdomen, et le sac se vide.

Le développement progressif du sac, l'alourdissement de son contenu sont, à la longue habituellement, source d'une gêne ou de douleurs. Enfin, et c'est un risque non négligeable, l'éventration peut s'étrangler : le contenu du sac est devenu trop volumineux, s'oedématie, est étranglé dans l'orifice musculaire, ne peut plus réintégrer l'abdomen. Les douleurs sont souvent intenses, une occlusion intestinale s'installe : une intervention en urgence est indispensable.



QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Les bandages, ceintures, corsets..., ne représentent pas une solution radicale, ne pouvant corriger le défaut de clôture des muscles, mais peuvent être bénéfiques en limitant le volume du sac d'éventration et la gêne qu'il engendre. Certaines localisations se prêtent mieux à cette contention que d'autres (les orifices situés à proximité des côtes, du pubis, sont difficiles à appareiller). Reste donc la chirurgie, seule façon d'obtenir une correction des désordres en supprimant le sac péritonéal et en fermant l'orifice musculaire.

Une intervention est à envisager d'autant qu'elles sont de grande taille, de volume croissant, gênantes et surtout douloureuses, annonçant alors souvent la survenue d'un étranglement. Parfois une simple surveillance peut-être proposée.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

La chirurgie comporte une fermeture de l'orifice d'éventration. Il existe plusieurs procédés pour corriger les éventrations : il existe des réparations par suture simple des muscles et des techniques utilisant du matériel en renfort (que l'on appelle de façon impropre mais courante des «plaques»). Les réparations simples, par fermeture directe de l'orifice musculaire, même en utilisant des procédés plastiques (dédoublément, retournement d'un feuillet musculaire) ont l'inconvénient d'exposer à un risque non négligeable de récurrences.

La « plaque » répartit la tension non plus sur la seule suture de l'orifice d'éventration, mais sur toute l'étendue des muscles sur laquelle elle est disposée et consolide définitivement la zone.

Le matériau de ces plaque (soit en polypropylène, soit en PTFE (Gore-tex), soit mixtes) a une inertie biologique c'est-à-dire qu'il n'y a pas de réaction entre le matériau et l'organisme. Elles peuvent être positionnées soit dans la paroi abdominale, entre les couches musculaires, soit à la face interne de cette paroi.

Le risque de la mise en place de ces « plaques » est l'infection. Une fois l'infection déclarée elle nécessite parfois le retrait complet de la plaque pour guérir. Nous mettons tout en œuvre pour réduire au maximum ce risque infectieux. Il se situe dans notre expérience à moins de 0,5%.

QUELS SONT LES RISQUES ?

Des complications peuvent survenir, mais elles sont rares. Nous avons déjà évoqué le risque infectieux : les meilleures chances de guérison sont alors assurées par une reprise chirurgicale précoce, permettant un grand «nettoyage» des tissus infectés un drainage, et des antibiotiques adaptée aux microbes en cause. La survenue d'un hématome est possible, parfois prévenue par les drainages installés lors de l'intervention.

Les risques sont aussi d'ordre général, liés à d'éventuelles maladies associées : cardiaques et respiratoires notamment, surtout chez des sujets obèses et/ou diabétiques.

C'est pourquoi :

- 1) Une évaluation précise de ces risques est indispensable en pré-opératoire.
- 2) Une prévention doit être mise en œuvre chaque fois que nécessaire (équilibre d'un diabète, amaigrissement, traitement d'une hypertension artérielle, préparation respiratoire, etc...).
- 3) Seules les éventrations menaçantes doivent être opérées chez les sujets à haut risque chirurgical.

En pratique

Vous entrerez le matin de l'opération à l'hôpital.

Une préparation cutanée (dépilation, badigeonnage) sera réalisée.

Des antibiotiques seront administrés au début de l'intervention si la pose d'une « plaque » est prévue.

Les pertes sanguines sont habituellement faibles et aucune transfusion n'est nécessaire.

En fin d'intervention sont parfois placés des drains aspiratifs (dit «de Redon») que l'on retirera entre le premier et le 5ème jour postopératoire.

Boisson et alimentation seront reprises le jour même de l'opération.

Les fils ou agrafes cutanés seront retirés entre le 10ème et le 15ème jour.

Les douches sont possibles dès qu'il n'y a plus de drains.

Vous quitterez l'hôpital selon les cas entre le jour même et le 6ème jour.

Pendant un mois il vous est recommandé de vous ménager, de ne pas faire d'efforts physiques. Attendez deux mois et demi pour faire des efforts intenses, brusques ou violents et refaire du sport. Le port d'une ceinture de contention abdominale au cours des premières semaines est parfois recommandé.

La « plaque » est profonde, ne gêne pas, n'est pas perceptible.

L'arrêt de travail, de 7 à 45 jours, dépend de l'importance de l'éventration et du type de travail.

N'HESITEZ PAS A POSER DES QUESTIONS A VOTRE CHIRURGIEN ET A VOTRE ANESTHESISTE !