

CLINIQUE SAINTE-ELISABETH

Place Godin 5
5000 NAMUR

Service de Chirurgie Générale,
Digestive et Endocrinienne

La cure de hernie ombilicale :

1. Qu'est-ce que c'est, une hernie ombilicale, et quel est son traitement ?
2. Comment se passe l'intervention ?
3. Quels sont les risques ?
4. Conclusions ?

La hernie ombilicale est **un trou dans la paroi abdominale**, qui se situe sur une cicatrice ancienne, celle de l'ombilic. Parfois assez rapidement après la naissance, parfois bien longtemps plus tard, parfois après un effort, une grosseur, une voussure apparaît sur l'ombilic. Par le trou entre les muscles, le contenu du ventre peut sortir, s'extérioriser : c'est la voussure, la grosseur. Souvent, cette grosseur rentre et sort, notamment lors des efforts, lorsque le malade va à selles ou qu'il porte quelque chose, après toute une journée debout ou au travail. A l'état de repos, couché sur le dos ou le matin par exemple, la hernie ombilicale est complètement rentrée : on dit qu'elle est réduite. Si elle est sortie (on dit qu'elle est extériorisée), il est possible de la faire rentrer en la massant et en la repoussant, surtout si elle est de petite taille. Par contre, avec le temps, la hernie ombilicale va grossir, c'est à dire que d'une part la grosseur augmente (il sort de plus en plus de contenu abdominal), mais aussi que le trou entre les muscles grossit. A un stade plus avancé, il est possible que la grosseur ne puisse plus rentrer et reste sortie en permanence : c'est une hernie ombilicale irréductible.

La hernie ombilicale peut donner plusieurs types d'ennuis : elle grossit avec le temps, elle peut devenir irréductible, elle crée des adhérences dans le ventre, elle peut ralentir le transit et ainsi de suite. Mais son principal danger, c'est **l'étranglement** : il en sort plus que ce n'est possible. Le contenu du ventre sort par le trou, parfois après un effort violent ou un effort de toux par exemple. Et ce qui est sorti reste coincé. Il est impossible de le faire rentrer. La hernie ombilicale devient alors douloureuse, elle devient dure, le malade se plaint du ventre, il peut avoir des vomissements, puis de la fièvre, la hernie ombilicale peut changer de couleur pour prendre une teinte violacée. Parfois, mais rarement, un massage de la hernie ombilicale peut la faire rentrer. Mais le plus souvent, il faut opérer rapidement, et souvent dans le moment même. En effet, l'intestin coincé s'abîme très vite. L'opération en urgence est souvent plus grave, comporte des risques plus élevés d'infection et donc de récurrence, et il peut être nécessaire d'enlever un morceau de l'intestin. Tous ces risques font

donc recommander d'opérer une hernie ombilicale "à froid", c'est à dire en dehors de l'étranglement, en fonction des facteurs de risques propres à chaque malade.

Le seul traitement de la hernie ombilicale, c'est **la chirurgie de réparation**. Un traitement médical, une kinésithérapie de renforcement, des exercices quelconques... ne peuvent pas la guérir. Si vous décidez de ne pas être opéré, ces traitements ne seront pas efficaces. Le port d'une protection, comme une sorte de ceinture ou de corset, peut vous aider, mais ne guérit pas la hernie ombilicale. De plus, un corset ou une ceinture ne supprime pas le risque d'étranglement. Enfin, la ceinture provoque un affaiblissement relatif des muscles abdominaux, et donc peut même contribuer, peu ou prou, diminuer la force de la sangle abdominale.

En conclusion, les alternatives à l'intervention sont :

- Ne pas être opéré, et éventuellement porter une ceinture de contention, en toute connaissance de cause, et en particulier en connaissant en particulier le danger d'étranglement et la tendance de la hernie ombilicale à grossir.
- L'intervention chirurgicale de réparation, sous anesthésie générale, avec ou sans prothèse.

Une discussion de ces alternatives est nécessaire, en particulier en ce qui concerne les conséquences d'être opéré et de ne pas être opéré.

LE FILM DE L'OPERATION :

Certaines hernies ombilicales sont si volumineuses qu'un traitement préparatoire est nécessaire. Par exemple, il peut être utile d'injecter de l'air, par un petit cathéter implanté préalablement sous anesthésie locale, injections en plusieurs séances, pour dilater la cavité abdominale.

Toutefois, l'intervention habituelle consiste le plus souvent à réparer le trou soit par une suture, soit par un renforcement de la paroi abdominale, sous anesthésie générale, au cours d'une courte hospitalisation.

Le malade doit au préalable rencontrer l'anesthésiste. En principe, cette rencontre aura lieu lors de la consultation d'anesthésie ou le soir précédent l'intervention. Lors de ce contact, le malade devra amener ses résultats pré opératoires, soit la prise de sang et l'électro cardio gramme, réalisé chez son médecin traitant. Parfois, ces examens sont réalisés à l'hôpital. Avant l'intervention, le malade doit arrêter de fumer, ne pas prendre d'aspirine ou de médicaments qui en contiennent pendant 1 semaine. La plupart des médicaments doivent être continués, sauf le Glucophage ou les médicaments anti coagulants (aspirine, sintrom...).

L'entrée à l'hôpital peut se faire soit le jour précédent l'intervention, soit le matin même, en fonction des instructions données par le chirurgien ou l'anesthésiste. Si l'admission se fait le jour même, vous devez vous présenter entre 7 heures et 7 heures 30, bien à jeun, c'est-à-dire sans boire ni manger, même pas de l'eau, depuis minuit. L'intervention aura lieu sous anesthésie générale le plus souvent, parfois sous anesthésie péri durale. La péri durale peut aussi être utilisée en post opératoire pour diminuer les douleurs. L'incision est pratiquée sur la hernie ombilicale même, reprenant le trajet de l'incision de départ. La dissection isole progressivement le sac de la hernie ombilicale, qui est une membrane issue du péritoine, qui enveloppe le contenu de la hernie ombilicale. Parfois, cette membrane sera ouverte et refermée, parfois non. Si le sac est ouvert, ou lorsqu'il existe des adhérences importantes, l'intestin peut être disséqué, et parfois même, mais très rarement, un morceau peut être retiré. En règle générale, le contenu de la hernie ombilicale est repoussé dans le ventre, puis la réparation commence. Il peut s'agir soit d'une suture, soit d'un renforcement par une prothèse de polypropylène. La suture consiste simplement à coudre ensemble les bords du trou entre les muscles. Dans le cas d'un renforcement, une sorte de filet, une prothèse de polypropylène, une sorte de plastic, est mise en place. Elle est placée devant le trou comme une sorte de rustine, fixée tout autour, parfois par des fils situés bien à distance. Si possible, la paroi musculaire est refermée entre la prothèse et la peau, pour isoler la prothèse le plus possible. En effet, la prothèse est un corps étranger, et par là même très sensible aux infections, pourtant très rares.

Après l'opération, vous passerez quelques heures en salle de réveil. Le plus souvent, mais pas toujours, des drains sont laissés en place. C'est après le retrait de ces drains que vous pourrez quitter l'hôpital.

RISQUE OPERTOIRE

Comme toute intervention, la cure d'hernie ombilicale comporte des risques, qui sont toutefois minimes si vous êtes en bonne santé.

- Ils dépendent de **l'état général** du malade et de ses antécédents (maladies cardiaques, pulmonaires, fumeur, troubles de la coagulation). Si vous avez des problèmes de ce type, ils seront mieux traités si vous les expliquez en détail avant.
- Ils dépendent aussi de l'opération, qui comporte des risques aspécifiques et spécifiques. Les **principaux** risques aspécifiques sont **l'hémorragie** et **l'infection de la plaie**. Des drains sont laissés en place pour surveiller la survenue d'une hémorragie, ce qui est très rare et surtout dans les premières heures. L'infection doit être surveillée à l'hôpital mais aussi à la maison : survenue d'un gonflement anormal, d'une rougeur, d'un écoulement, de température. L'infection sera le plus souvent facilement guérie par un drainage, des soins locaux pendant quelques temps et des antibiotiques.

- Les risques **spécifiques** à cette intervention sont surtout le risque **d'infection locale**, sous forme par exemple d'un abcès de la plaie, le risque **d'hémorragie**, par exemple sous forme d'hématome et le risque de **récidive**. Parfois, notamment si le malade fait des efforts trop précoces ou en cas de toux importante, il peut déchirer la plaie toute neuve, ce qui rouvre la suture ou arrache la prothèse. Ce risque est surtout présent dans les premières semaines, bien que la récurrence puisse aussi survenir plusieurs années plus tard. La prothèse est un **corps étranger**, et elle peut s'infecter ou être rejetée. Dans ce cas, un traitement adéquat devra être proposé, qui comblera à des degrés divers des soins locaux et parfois un lavage, des antibiotiques et parfois l'ablation de la prothèse. Dans tous les cas, le rejet ou l'infection de la prothèse retarde fortement la cicatrisation.

APRES L'OPERATION :

Le malade quitte l'hôpital dans les 5 à 10 jours le plus souvent. Les fils fondent seuls, et il ne faut pas les enlever. Il suffira de montrer la plaie à votre médecin traitant une ou deux fois. Parfois un peu de liquide peut s'évacuer par la plaie, sans grandes conséquences. Il ne faut pas mouiller la plaie tant qu'il y a des croûtes. Il est impératif d'éviter les efforts pendant 4 à 6 semaines. Une consultation de chirurgie est à prévoir après six semaines.

ATTENTION : ce document d'information est là pour vous aider, il est par nature incomplet. Vous pouvez toujours contacter votre médecin traitant ou me contacter, soit à la clinique 081 720411) ou chez moi (081 212386) pour poser toutes questions. Après l'opération, vous pourrez toujours soit téléphoner à la clinique, soit voir votre médecin traitant, soit vous présenter à la garde 24 h sur 24, en cas de problèmes ou même simplement de questions, et en particulier de température, de gonflement, d'écoulement, ou d'hémorragie.