

HERNIE INGUINALE EN AMBULATOIRE

TECHNIQUE DE LICHTENSTEIN

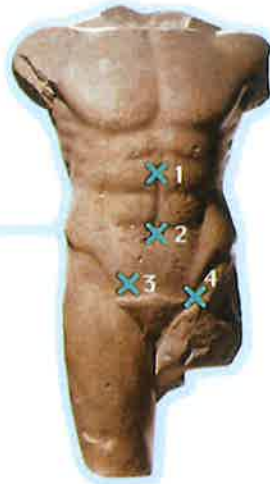
PAR LE DR ISABELLE BOILLOT

DÉFINITION

Une hernie est constituée d'un **sac herniaire** (protrusion du péritoine à travers les couches musculaires de la paroi abdominale) contenant une partie des organes abdominaux. Ce sac s'extériorise à partir d'un orifice dans la paroi appelé **canal herniaire**.

Il existe différents types de hernies

- hernie de la ligne blanche (1)
- hernie ombilicale (2)
- hernie inguinale (3)
- hernie crurale (4)



Ces hernies résultent d'une **faiblesse** dans la paroi abdominale pouvant exister parfois depuis la naissance. La région inguinale présente une anatomie complexe avec des zones de faiblesse subissant des contraintes de cisaillement (notamment liées à la station debout) qui peuvent aggraver cette faiblesse architecturale. Certains facteurs entraînant une augmentation de pression intra-abdominale (toux, constipation, grossesse, exercices physiques intenses...) vont favoriser l'apparition de hernies.

La hernie est une pathologie **bénigne** et très **fréquente**. En effet, plus de 20 millions de patients sont opérés de hernie par an dans le monde. Le chirurgien confirme le diagnostic et propose une intervention chirurgicale lorsque la hernie a tendance à augmenter de volume ou à devenir douloureuse afin d'éviter qu'elle ne se complique d'étranglement avec risque d'occlusion intestinale et nécessité d'opérer en urgence.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1) Anesthésique (loco régionale)

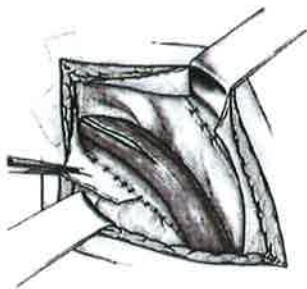
Après anesthésie de la peau, 3 ponctions/injections (x) sont réalisées entre l'ombilic et le pubis. Le médicament injecté est un anesthésique local (ropivacaine). Cette anesthésie est efficace à partir de 15 minutes environ et se poursuit encore pendant 6 heures après l'intervention.

Elle permet ainsi de **diminuer la prise d'antalgiques** et diminue les risques liés à une anesthésie générale (nausées, vomissements, complications respiratoires, rétention urinaire, etc...) surtout chez les patients âgés et à lourds antécédents médicaux.

Grâce à cette technique, l'hospitalisation se fait sur la journée dans le service « **Unité de chirurgie ambulatoire (U.C.A)** ».



2) Chirurgicale



L'objectif de l'intervention est de rentrer le sac herniaire et son contenu et de renforcer la zone de faiblesse en obturant l'orifice.

La **technique de Lichtenstein** a pour but de renforcer la paroi en plaçant une **prothèse** souple (ou **plaque**).

Cette prothèse est rapidement colonisée par l'organisme.

L'abord est réalisé par une **courte incision** en regard de la hernie.

Cette technique permet une reprise des activités plus rapide et diminue le risque de récurrence par rapport aux anciennes techniques (chirurgie mini invasive).

Complications éventuelles

La technique de Lichtenstein est une méthode mini-invasive qui n'entraîne pas de complication majeure.

- Sur le **plan chirurgical**, il apparaît très fréquemment une **ecchymose (bleu)** associée à une **inflammation locale** (avec testicules enflés et sensibles chez les hommes) qui disparaît en quelques jours, voire une **rétention urinaire, un hématome, un sérome (poche d'eau)**. Il est décrit également des **infections superficielles** ou des **infections de prothèse**, et enfin des **douleurs chroniques** persistantes au-delà de 3 mois qui peuvent nécessiter une prise en charge (entre 0,6 et 12 % selon la littérature).

Les **récidives de hernie** sont possibles (dans moins de 5 % des cas environ).

- Sur le **plan de l'anesthésie locorégionale**, il peut survenir une **douleur** ou une **ecchymose** au niveau des points de ponction ainsi qu'une **hypoesthésie** (diminution de la sensibilité) ou une **baisse de la force musculaire** au niveau de la cuisse transitoire. Cet événement est rare (1 à 5 %).

Organisation à L'U.C.A.

La chirurgie réalisée en ambulatoire sur la journée est possible si les critères suivants sont respectés :

- être accompagné par quelqu'un à son départ
- ne pas être seul la première nuit suivant son retour à domicile
- habiter à moins d'une heure d'une structure hospitalière compatible avec l'acte effectué
- comprendre et accepter le principe d'une chirurgie en ambulatoire

Vous rentrez dans le service le matin de votre intervention, à jeun et à l'heure prévue.

Vous aurez pris avant de venir **une douche avec la bétadine rouge ou hibiscrub si allergie** (une ordonnance vous sera remise à la consultation).

Vous êtes également invité à **dépiler la zone opératoire** (un schéma vous sera transmis) la veille à domicile avec une **crème dépilatoire** (sauf en cas d'allergie). En cas d'impossibilité, la tonte sera prise en charge à votre arrivée par l'équipe soignante. **On vous demandera d'uriner** avant de partir au bloc opératoire. Il se peut que vous ne soyez pas pris immédiatement au bloc ; cela est fonction de l'organisation de la matinée opératoire.

Au retour du bloc opératoire, **vous aurez une collation et des antalgiques à prendre**. Vous serez revu en fin d'après-midi par le chirurgien et l'anesthésiste qui donneront l'autorisation du départ. En cas de contre-indication au départ, vous serez muté dans un service d'hospitalisation traditionnelle pour passer une nuit.

À VOTRE SORTIE

Il vous sera remis :

- Une ordonnance qui comprend : un antalgique et un anti-inflammatoire (sauf en cas d'ulcère gastrique) pour la douleur à prendre pendant quelques jours. Il est recommandé de **prendre les 2 médicaments en systématique le soir de l'intervention vers 20 heures**. (ordonnance qui est donnée le jour de votre consultation si vous êtes pris en charge en unité de soin ambulatoire)

- Un **arrêt de travail** de 15 jours à 3 semaines.

- Un rendez-vous pour la prochaine **consultation avec le chirurgien 10 jours après** environ et **un mois et demi après**.

Votre médecin traitant recevra un **courrier avec le compte rendu opératoire** dès le lendemain.

L'infirmière de l'UCA vous appliquera un vernis de protection sur l'incision qui vous permettra de prendre des douches mais pas de bain avant 10 jours. Aucun soin local n'est nécessaire.

Les fils cutanés sont résorbables, il n'est donc pas nécessaire de les retirer.

Éviter pendant 15 jours les exercices physiques intenses et le port de charges lourdes. En revanche, la **reprise de vos activités normales dès le lendemain est vivement recommandée**. Vous êtes autorisés à conduire lorsque vous pourrez utiliser facilement, sans gêne, les pédales.

Si vous êtes en unité de chirurgie ambulatoire, (U.C.A.), une infirmière du service vous appellera le lendemain pour prendre de vos nouvelles et s'assurer que tout va bien.