

FICHE D'INFORMATION PATIENT



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive



HERNIE HIATALE

Avertissement général

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Définition

La hernie hiatale correspond au passage d'une portion de l'estomac à travers l'orifice œsophagien (ou hiatus) diaphragmatique. Le passage de l'extrémité supérieure de l'estomac à travers l'orifice hiatal survient lorsque les moyens de fixation de l'estomac et du bas œsophage sont affaiblis.



Dans 90% des cas, il y a glissement du cardia (partie supérieure de l'estomac) vers le haut qui quitte ainsi l'abdomen et se retrouve dans le thorax.

Dans 10% des cas, il y a roulement de la grosse tubérosité cardiaque à travers l'orifice diaphragmatique alors que l'œsophage et le cardia restent en place.

Le symptôme le plus fréquent de la hernie hiatale est le reflux gastro-œsophagien (acidité) lié à la perte des mécanismes anti-reflux.

But de l'intervention

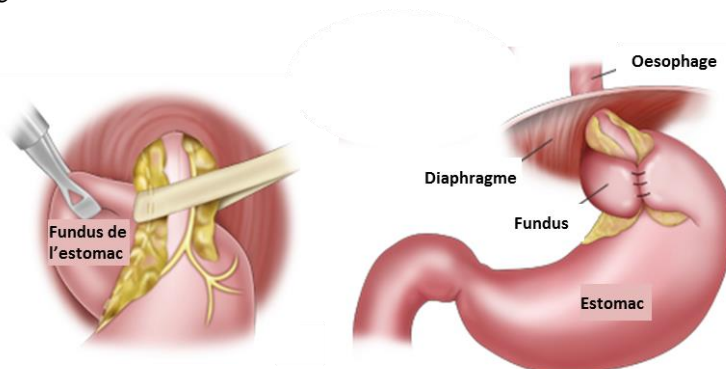
La cure de hernie hiatale consiste à réintroduire l'estomac dans l'abdomen et à réaliser une valve pour reconstituer les mécanismes anti-reflux et ainsi éviter une nouvelle migration intra-thoracique de l'estomac. L'intervention est réalisée par cœlioscopie en l'absence de contre-indication.

Comment se déroule l'opération ?

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list sont vérifiées votre identité et votre installation sur la table d'opération.

Principes généraux de la technique :

- 1- Réintroduction du contenu de la hernie hiatale dans l'abdomen
- 2- Fermeture du diaphragme avec parfois mise en place d'une prothèse de renfort
- 3- Confection d'une valve anti reflux : la partie libre de l'estomac est enroulée autour de l'œsophage



- 4- Une gastrostomie (sonde dans l'estomac) est parfois mise en place pour ajouter un moyen de fixation.

Suites habituelles

L'alimentation est progressivement reprise en régime mixé à poursuivre pendant 3 semaines puis une alimentation normale peut être réintroduite. L'hospitalisation dure en moyenne 2 à 5 jours.

Risques en rapport avec l'opération

Risques pendant l'opération :

- La blessure de l'œsophage que l'on traitera pendant l'intervention par une suture et qui peut justifier une diète stricte en post opératoire.
- L'ouverture des plèvres (enveloppes des poumons) au cours de la dissection pour laquelle un (ou parfois deux) drain thoracique pourra éventuellement être mis à la fin de l'intervention et laissé en place quelques jours.
- L'hémorragie

- La conversion en cas de difficulté opératoire

Risques après l'intervention :

- La dysphagie (impossibilité de passage des aliments) liée à la confection d'une valve anti reflux trop serrée. Une ré-intervention sera alors envisagée.
- Le pneumothorax (air dans la cavité thoracique) ou épanchement pleural (liquide dans la cavité thoracique). Un drain thoracique pourra secondairement être mis en place.
- La gastroparésie (lenteur à la digestion) responsable de nausée avec intolérance alimentaire.

Conséquences possibles de l'intervention

Une gastroparésie (lenteur à la digestion) avec des vomissements occasionnels peuvent perdurer au décours de l'intervention.

Des troubles digestives avec aérophagie peuvent également survenir au décours de cette intervention.