



Hernie de *Spiegel*

ORGANIGRAMME DIAGNOSTIQUE & THÉRAPEUTIQUE

Présentation clinique

Douleur / masse latérale abdominale · Femme d'âge moyen · Obésité, multiparité, BPCO fréquents

Examen clinique

- Masse palpable au bord latéral du muscle grand droit
- Siège habituel : entre ombilic et épine iliaque antéro-supérieure
- Impulsivité à la toux, douleur à la palpation
- **Attention** : hernie souvent interstitielle → difficile à palper

Imagerie — confirmation du diagnostic

- **Échographie** — 1^{re} intention : visualise le collet, évalue le contenu **1^{RE} INTENTION**
- **TDM abdomino-pelvien** — gold standard : précise les rapports anatomiques, recherche incarceration **GOLD STANDARD**
- **IRM** — si doute ou obésité sévère (moins irradiation)

Classification & évaluation du risque

- **Taille du collet** : < 2 cm / 2-4 cm / > 4 cm
- **Contenu** : épiploon, intestin grêle, côlon, ovaire
- **Réductibilité** : réductible / irréductible / incarcerée / étranglée
- **Comorbidités** : score ASA, IMC, anticoagulants

⚖️ Décision thérapeutique

Symptomatique ? Réductible ? Risque opératoire ?

ASYMPTOMATIQUE & RISQUE ÉLEVÉ

Abstention / Surveillance

- Contention abdominale
- Contrôle du poids
- Traitement de la toux chronique
- Réévaluation annuelle
- *Chirurgie si aggravation*

SYMPTOMATIQUE / IRRÉDUCTIBLE / ÉTRANGLÉE

Traitement chirurgical **INDIQUÉ**

- **Urgence** si étranglement **URGENCE**
- Programmé si réductible symptomatique
- Anesthésie générale (± ALR)
- Bilan pré-op standard

CHOIX DE LA VOIE

Techniques opératoires

Laparoscopie (TAPP / TEP)

1^{re} intention si compétence disponible ·
Réduction du contenu + prothèse
intrapéritonéale ou extrapéritonéale ·
Moins de douleurs, reprise rapide

PRÉFÉRÉ

Voie ouverte

Incision transversale paramédiane ·
Réfection anatomique (Mayo) ou
prothétique (Lichtenstein-like) ·
Indiquée si urgence ou contre-
indication à la coelioscopie

ALTERNATIF

Urgence / Étranglement

Laparotomie ou coelioscopie selon l'état ·
Résection intestinale si nécrose ·
Prothèse à éviter si contamination ·
Drainage si nécessaire

URGENCE

Suites postopératoires

- Hospitalisation 1–2 j (laparoscopie) / 2–4 j (voie ouverte)
- Analgésie multimodale — éviter les AINS prolongés
- Reprise alimentaire précoce (RAAC)
- Pas de port de charges > 5 kg pendant 4–6 semaines
- Consultation de contrôle à 1 mois, puis à 1 an

⚠ Surveiller les complications

Précoces : hématome, infection, rétention urinaire, occlusion

Tardives : récurrence (< 5 %), douleurs chroniques, migration prothèse

✓ Pronostic favorable

Taux de récurrence < 5 % avec prothèse · Reprise d'activité complète à 4–6 semaines ·
Mortalité opératoire quasi nulle en contexte réglé

● Étapes diagnostiques ● Décision / Surveillance ● Chirurgie / Traitement actif ● Présentation / Résultat

Des questions complémentaires ?

N'hésitez pas à nous demander par mail à : secretariat@chirurgie-ambulatoire-geneve.ch



CHIRURGIE AMBULATOIRE SPECIALISEE GENEVE

MAKE IT QUICKER