

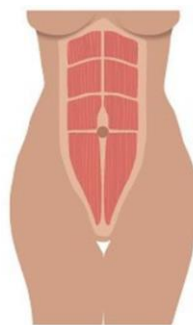
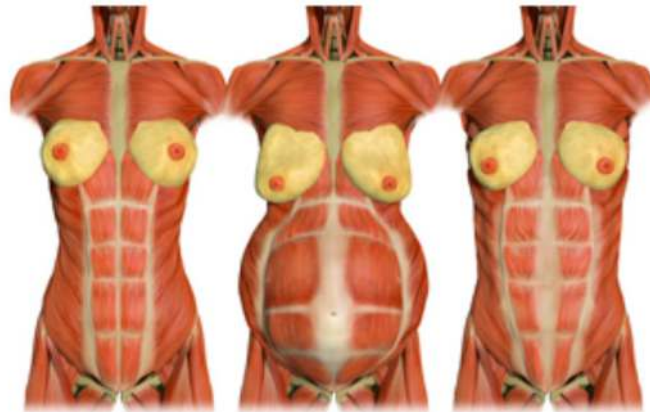
# CABINET DE CHIRURGIE ADN (Appareil Digestif Nutrition)

Docteur M. GIRODET – Docteur P. GOYER - Docteur O. OBERLIN - Docteur A. SAGET

Chirurgie Robotique - Chirurgie Cancérologique - Chirurgie de l'Obésité - Chirurgie Ambulatoire

Fiche d'informations patient

## DIASTASIS DES MUSCLES DROITS



Normal



Diastasis ouvert au dessus du nombril



Diastasis ouvert

## SOMMAIRE

DIFFÉRENCE HERNIE - DIASTASIS

TECHNIQUES :

CURE DE DIASTASIS AVEC ABDOMINOPLASTIE

OPÉRATIONS PAR COELIOSCOPIE / LAPAROSCOPIE

OPÉRATIONS AVEC ASSISTANCE ROBOTIQUE



[www.chirurgiedigestive.fr](http://www.chirurgiedigestive.fr)

**Chirurgie ADN Paris**

16 rue Alphonse De Neuville 75017 PARIS

Téléphone rdv : 01.45.22.05.27 - Secrétariat : 01 42 66 99 36

[www.chirurgiedigestive.fr](http://www.chirurgiedigestive.fr)

LE DIASTASIS DES MUSCLES DROITS

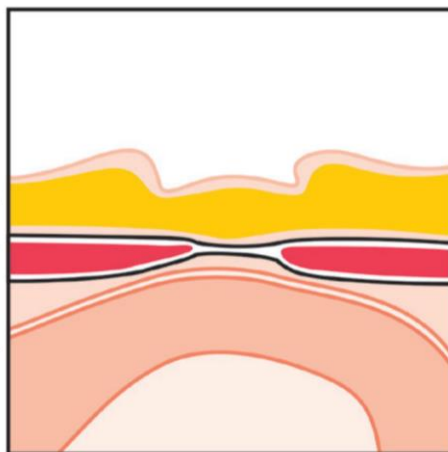
# DIFFERENCE HERNIE-DIASTASIS

## QU'EST-CE QU'UN DIASTASIS DES MUSCLES DROIT

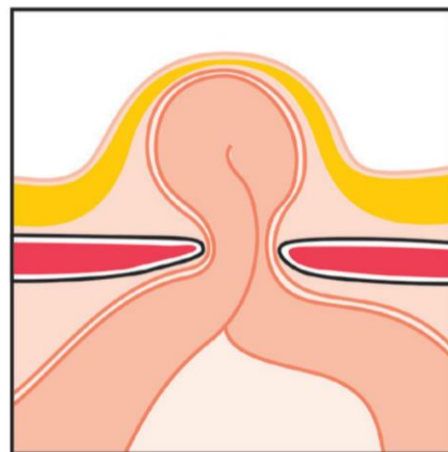
Le diastasis (qui signifie « écartement ») correspond à un élargissement de l'aponévrose de la ligne blanche qui unit les 2 muscles grands droits. Chez la femme, souvent mince le diastasis apparait le plus souvent après une ou des grossesses. Chez l'homme il apparait habituellement après 50 ans, lorsque le poids se localise dans l'abdomen sous l'effet des hormones masculines.

Contrairement à une hernie, il n'y a pas de trou dans l'aponévrose. Rien ne peut se « coincer » dans ce diastasis et il n'est jamais responsable de douleur ni de troubles digestifs. Les diastasis peuvent en revanche être inesthétiques. Le plus souvent, compte tenu de l'absence de risque ou de douleur, aucune intervention n'est nécessaire. Dans certain cas, le diastasis peut être important et peut alors nécessiter une correction chirurgicale.

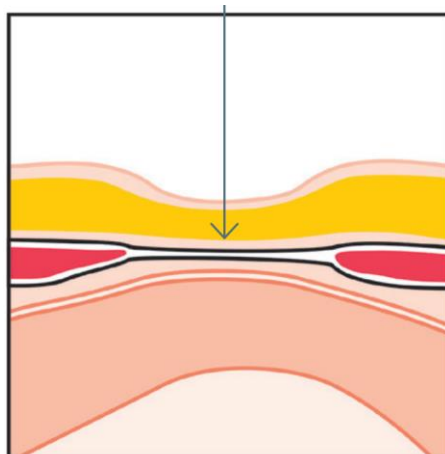
LIGNE BLANCHE NORMALE



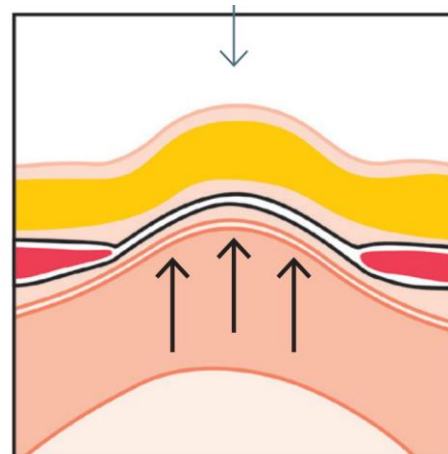
HERNIE = RUPTURE DE LA LIGNE BLANCHE



DIASTASIS = ELARGISSEMENT DE LA LIGNE BLANCHE



DIASTASIS + CONTRACTION



## LE DIASTASIS ASSOCIE A UNE HERNIE

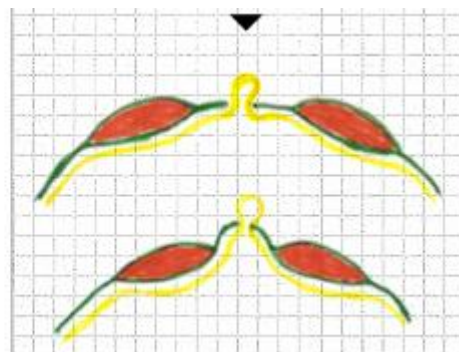
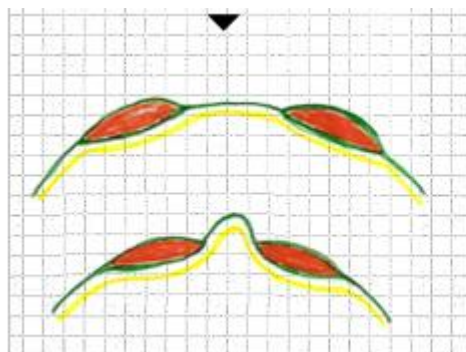
Les hernies ombilicales et de la ligne blanche sont souvent associées à un diastasis des muscles grand droit. En effet, l'existence d'une hernie entraîne une rupture de continuité de la ligne blanche, favorisant son élargissement et donc l'apparition d'un diastasis. A l'inverse, l'aponévrose d'un diastasis devient plus fragile en s'élargissant ce qui favorise l'apparition de hernie, ou d'éventration au sein du diastasis.

En cas de diastasis important, et de hernie nécessitant d'être opérée car gênante ou volumineuse, il est impératif d'évaluer au cas par cas l'intérêt du traitement associé de la hernie et du diastasis des muscles grands droits

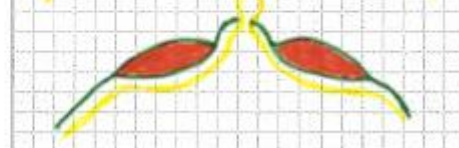
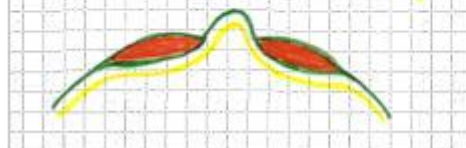
**DIASTASIS SANS HERNIE**

**DIASTASIS + HERNIE**

**AU REPOS**



**EN CONTRACTION  
ABDOMINALE**

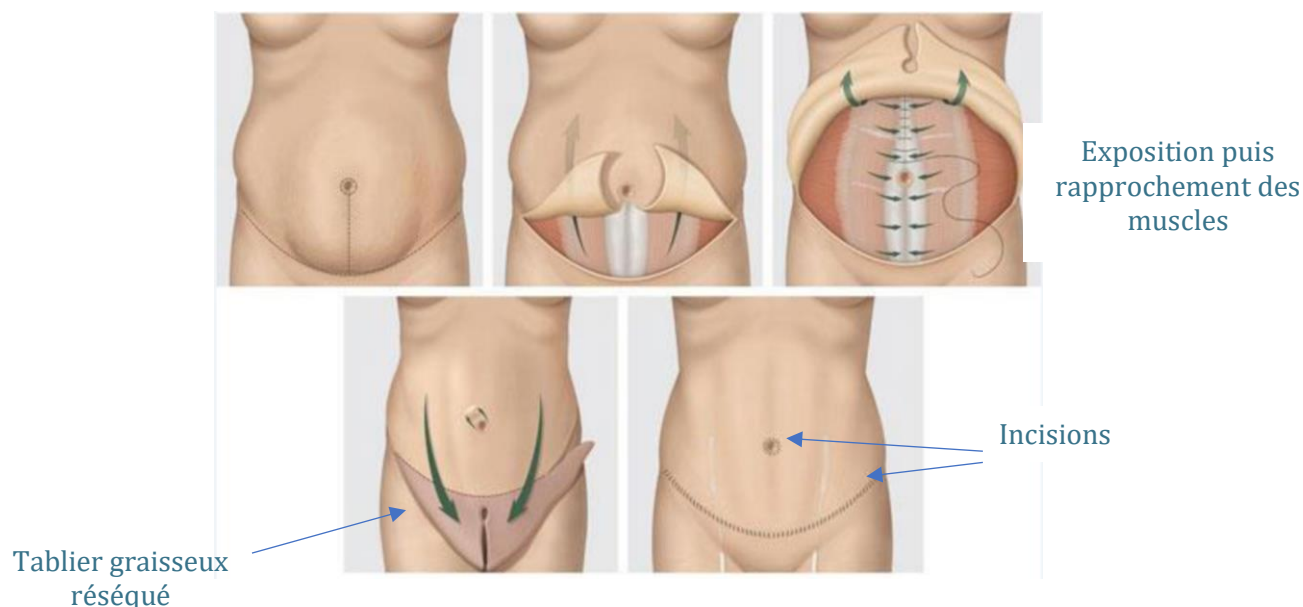


TECHNIQUE : INTERVENTION PAR VOIE OUVERTE

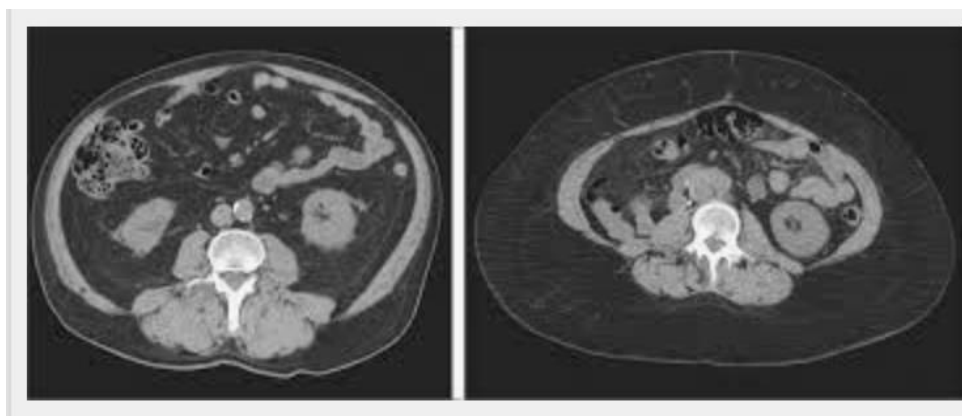
# TECHNIQUE : CURE DE DIASTASIS AVEC ABDOMINOPLASTIE

Opération avec incision cutanée classique. L'intervention consiste à réaliser une dermolipectomie, exposant la face antérieure du diastasis qui pourra être ainsi être réparé. En cas de hernie associée, il peut être nécessaire d'utiliser un renfort de paroi (prothèse / filet).

Cette intervention n'est intéressante qu'en cas d'excès cutané, ou d'excès de graisse sous cutanée persistant après les grossesses. En cas de peau « marquée » par des vergetures ou manquant de tension, l'intérêt est la réalisation d'une exérèse de cet excès cutané-graisseux, et d'une remise en tension de la peau qui est abaissé au pubis. Elle nécessite le plus souvent une transposition de l'ombilic.



Cette technique présente l'inconvénient de nécessité de grande cicatrice. Elle n'est donc pas recommandée en l'absence d'excès cutané-graisseux. En cas de tablier abdominale, elle est par contre incontournable et donne d'excellents résultats.

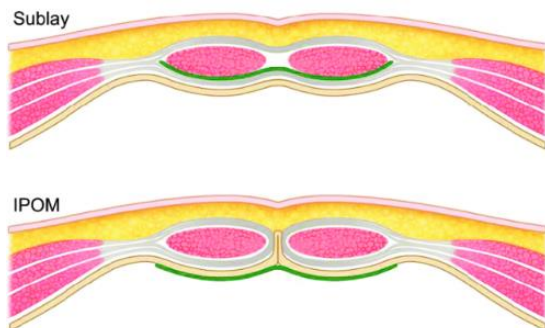


TECHNIQUE : INTERVENTIONS SOUS COELIOSCOPIE

# OPÉRATIONS PAR COELIOSCOPIE (ou LAPAROSCOPIE)

La chirurgie se fait avec des petites incisions. À travers ces petits orifices, on insuffle un gaz inerte (CO2) afin de pouvoir travailler sur l'ensemble de la paroi abdominale sans grande incision. L'intervention est réalisée sous contrôle d'une caméra vidéo et par des micro-instruments manipulés par le chirurgien. On réalise ainsi la réparation de la paroi abdominale, le plus souvent associé à la mise en place d'un renfort prothétique.

L'avantage de la technique est qu'elle est habituellement moins douloureuse, permettant une réhabilitation postopératoire plus rapide que par voie ouverte. Les cicatrices sont plus petites.



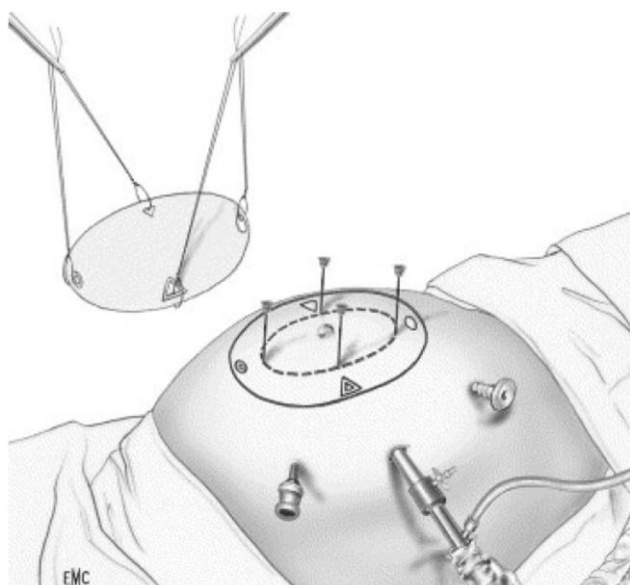
Plusieurs interventions sont possibles. Selon le type d'intervention la prothèse est placée différemment :

La prothèse doit idéalement être placée entre le muscle et l'aponévrose, au sein même de la paroi musculaire. On parle de prothèse « retro-musculaire » (sublay)

Dans certain cas il est préférable de positionner la prothèse en arrière de la paroi, c'est-à-dire en intra-abdominale (IPOM)

## La technique IPOM (intra-péritonéal onlay mesh)

Cette technique consiste à passer par le flanc gauche par 3 incisions de 10 -5 et 5mm, afin d'exposer la face postérieure des muscles. Ceci permet de réaliser une suture du diastasis et renforcer la paroi par une prothèse intra abdominale fixée aux muscles. Il s'agit de la technique de réparation des hernies ombilicales ou épigastriques la plus pratiquée. Elle permet de traiter certain diastasis des droits dans le même temps. Elle nécessite de positionner la prothèse en intra-abdominale et la suture du diastasis peut être difficile du fait de l'approche tangentielle d'instruments de coelioscopie droits.



**La technique MILOS ou EMILOS** (Endoscopic Mini or Less Open Sublay), **la technique MIRS** (Mini Invasive Rives Stoppa) et **la technique DREAM** (Diastasis Recti Endoscopic Assisted Myorrhaphy)

Ces 3 techniques très similaires plus récemment mises au point utilisent un abord ombilical et ne nécessite le plus souvent qu'une cicatrice masquée dans l'ombilic. Elles consistent à rester dans la paroi abdominale et l'utilisation de la coelisocopie permet d'étendre la dissection selon la région à réparer par cette incision. On peut ainsi exposer le diastasis jusqu'à la xyphoïde, réaliser un rapprochement des muscles sous contrôle vidéo, et éventuellement traiter une hernie ombilicale ou de la ligne blanche dans le même temps. Le rapprochement du diastasis est le plus souvent renforcé par mise en place d'une prothèse rétro-musculaire (sublay).

Ces interventions sont particulièrement adaptées à la réparation du diastasis en l'absence d'excès cutanée ou graisseux (rendant excessif une abdominoplastie). Elles peuvent être associées à un geste de chirurgie esthétique (lipoaspiration) afin d'améliorer le résultat global.



Incision unique péri-ombilicale permettant une dissection large sous contrôle vidéo.



Rapprochement des muscles par suture sur toute la longueur du diastasis sous contrôle vidéo.

Nous ne pratiquons pas la **technique MISAR** (Minimally Invasive Stapled Abdominal Reconstruction) dont le principe d'agrafage, ainsi que les résultats préliminaires ne nous ont pas semblé satisfaisants.

Nous ne pratiquons pas la **technique ELAR** (Endoscopic-assisted Linea Alba Reconstruction) qui positionne une prothèse en sous cutané.

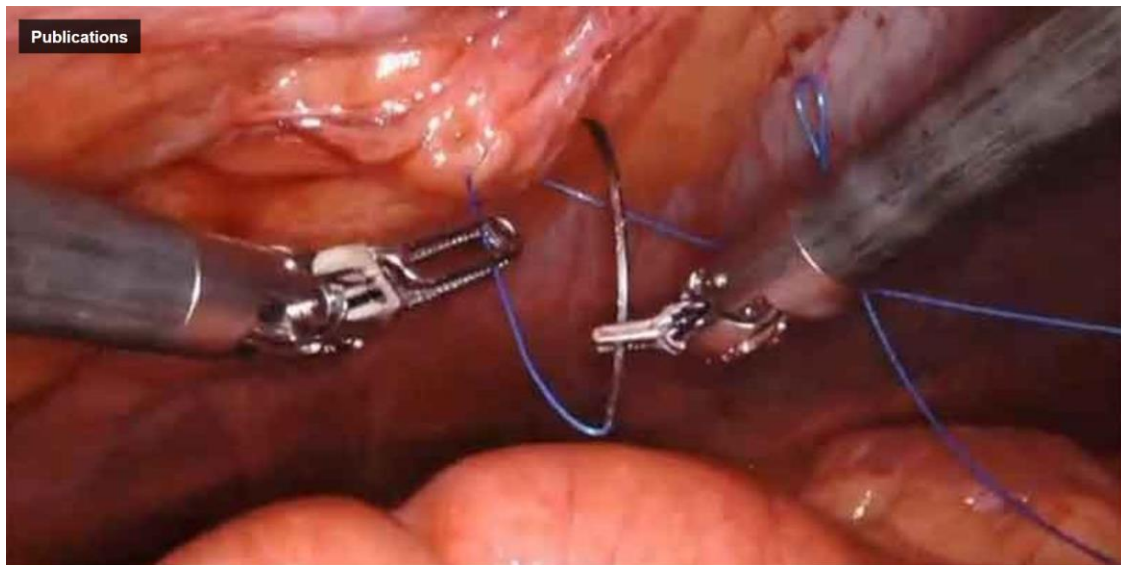
Les techniques **TESAR**, **eTEP** ou **VTEP** sont des variantes de la technique que nous réalisons.

## OPÉRATION PAR COELIOSCOPIE AVEC ASSISTANCE ROBOTIQUE

### La technique TARUP (Trans Abdominale Retro Umbilicus Prothesis)

Cette technique utilise une assistance robotique qui permet d'utiliser des instruments de coelioscopie articulés. Ainsi, en utilisant 3 ou 4 incisions de coelioscopie, comme dans la technique IPOM, il est possible de réaliser un rapprochement du diastasis très robuste et aisé. Par ailleurs, les capacités de dissection des muscles étant augmentés, il est possible de positionner la prothèse au sein des muscles (sublay) et non en intrapéritonéal (IPOM). Cela diminue les douleurs post opératoires et évite tout risque d'adhérences entre la prothèse et les intestins.

Cette technique présente l'inconvénient d'une durée opératoire et d'un coût supérieurs du fait de l'utilisation de l'outil robotique.



Dans toutes ces techniques, le rapprochement musculaire s'accompagne d'un rapprochement du tissu graisseux sous cutané et de la peau vers la ligne médiane. Selon la technique et les adaptations à chaque cas, ces conséquences doivent être anticipées en consultation.

Les différentes techniques doivent donc être discutées lors de la consultation, afin de décider de la stratégie la plus adaptée à vos attentes, en fonction des caractéristiques de votre diastasis, de votre morphotype, et de l'existence éventuelle d'une hernie associée.

## AUTRES QUESTIONS

### QU'EST-CE QU'UNE PROTHÈSE/ FILET/ TREILLIS ?

Une prothèse (parfois improprement appelée « plaque ») est un filet en matériaux synthétiques (polyester ou polypropylène) qui va fusionner avec le muscle afin d'obturer l'orifice herniaire quand elle est associée à la hernie. Elle va générer la formation de tissu cicatriciel au sein des mailles de la prothèse, et sera finalement incorporée aux muscles de la région. Les prothèses ne sont pas résorbables. Ainsi elle formera une barrière mécanique pérenne contre la pression du contenu abdominal.

Les prothèses sont utilisées depuis plus de 50 ans et ont révolutionné la chirurgie des hernies. Elles ont permis de rendre cette chirurgie beaucoup plus efficace en réduisant drastiquement les taux de récurrence. En parallèle, elles ont permis de diminuer les douleurs post-opératoires en limitant les tensions sur les tissus lors de la réparation (on parle en anglais de chirurgie « tension free »). Pour cette raison elles sont devenues incontournables, et sont utilisées systématiquement.

Le risque d'infection des prothèses récentes est très faible, en particulier après coelioscopie.

Votre chirurgien doit pouvoir choisir entre différentes tailles, formes et rigidités de prothèse en fonction des caractéristiques de votre hernie, de votre hernie, et de la technique utilisée.

### COMBIEN DE TEMPS DURE L'INTERVENTION ?

Selon le type d'intervention de 1h30 à 3h.

### COMBIEN DE JOURS D'HOSPITALISATION ?

Les interventions de hernie sont le plus souvent réalisées en ambulatoire : Entrée le matin le jour de l'opération et sortie le soir vers 18 h. En l'absence d'accompagnant pour le soir et la première nuit, ou en cas de nécessité de surveillance médicale après l'intervention, une journée d'hospitalisation : Entrée le matin et sortie le lendemain matin.

### QUELLES ACTIVITÉS PUIS-JE FAIRE À MON RETOUR À DOMICILE ?

Il ne faut pas rester alité. Le lendemain de l'intervention, il est recommandé de marcher 2 fois 30 minutes.

Vous aurez la possibilité de conduire dès que vous estimerez être en possession de votre intégrité physique.



## EN PRATIQUE

# AVANT L'HOSPITALISATION

## QUE DOIS-JE FAIRE AVANT L'OPÉRATION ?

- Si vous êtes **hospitalisé(e) le jour avant** l'intervention, il faut vous présenter vers 16h à l'accueil. **Il ne faut pas être à jeun.**
- Si vous êtes **hospitalisé(e) le jour même** de l'intervention, veuillez-vous présenter à l'heure donnée la veille de l'intervention en fonction de l'ordre de passage des patients. En cas de doute présentez-vous à 8 h. **À jeun à partir de minuit.**
- **Si les examens préopératoires ont été faits en dehors de l'hôpital, ne pas oublier de les apporter.**

# EN POSTOPÉRATOIRE

## SORTIE D'HOSPITALISATION

**Avant votre sortie d'hospitalisation, vous verrez votre chirurgien et votre anesthésiste.** Les consignes de sortie personnalisée vous seront données par écrit. Les soins post opératoires et le traitement antalgique pourront vous être réexpliqués. Si votre accompagnant n'est pas venu en voiture, un bon de transport en Taxi conventionné peut vous être prescrit pour le retour à domicile. Cela est pris en charge par la sécurité sociale. A noter que la présence d'un accompagnant est obligatoire pour les sorties le soir même, et ne peut pas être substitué par un chauffeur de taxi.

## ANALGESIE - ANTIDOULEURS

La douleur est habituellement modérée, facilement contrôlable avec du paracétamol et si nécessaire un anti-inflammatoire. L'anesthésiste vous prescrit ces traitements avant l'intervention lors de la consultation pré-anesthésique. Les AINS sont à prendre avec les repas. Quand la douleur s'estompe, on arrête les AINS avant le paracétamol.

## PANSEMENTS

Il est souvent préconisé de porter une ceinture de contention abdominale durant le premier mois. Des instructions précises et écrites vous seront données par votre chirurgien le soir de l'intervention. Il n'y a habituellement pas de soin particulier à réaliser sur les cicatrices qui doivent être laissées à l'air simplement couvertes de Stéristrip®. Il est important de conserver une hygiène et de laver les cicatrices couvertes de Stéristrip® de préférence sous la douche, puis de bien les sécher en tamponnant. Attendre 15 jours pour un bain, a fortiori de mer ou de piscine. Les incisions ont été fermées avec des fils résorbables, intradermiques (dans l'épaisseur de la peau, invisible). Ils disparaissent d'eux-mêmes.

## SOINS DES CICATRICES

- La première année, évitez l'exposition des cicatrices au soleil. Couvrez les cicatrices ou utiliser une crème solaire indice 50.
- une crème cicatrisante peut être utilisée après l'ablation des steristrips.

## EN PRATIQUE

### SUIVI POSTOPÉRATOIRE

→ Une consultation de contrôle est prévue environ **4 semaines après l'intervention**. Elle permet de contrôler l'avancement de la cicatrisation, la solidité de la paroi et la disparition des douleurs.

### SYMPTÔMES POSTOPÉRATOIRES

→ Un ballonnement abdominal peut être ressenti pendant les premières semaines.

→ Une induration au niveau de la cicatrice et en profondeur sont normales. Des rétractions sont fréquentes provoquant des irrégularités visibles sous la peau. Les tissus vont devenir tout à fait souples en 3 à 6 mois.

→ Une ecchymose, un « gros bleu » peut survenir après 24-48 heures. Ceci peut être impressionnant mais ne présente en général aucune gravité et disparaît en 2 semaines.

Il ne faut habituellement pas réaliser d'échographie qui dans le contexte risque d'avoir des conclusions trompeuses.

**En cas de symptômes vous semblent anormaux, en cas de fièvre ou de douleurs aiguës qui augmentent dans le temps, veuillez prendre contact avec votre chirurgien, votre anesthésiste, ou le médecin de garde de la clinique.**

### ALIMENTATION

→ **Pas de restriction alimentaire.**

→ Commencez les premières 48 h après l'intervention avec des aliments légers, pauvres en graisses.

### REPRISE DES ACTIVITÉS

La reprise des activités doit être **fonction du ressenti**. Dès la disparition des douleurs ou de la gêne, vous pouvez reprendre des activités physiques ou sportives. Il est préférable de commencer par des sports d'endurance (course à pied, vélo, natation), en général réalisables après une semaine à 10 jours. L'absence de douleur lors de ces premières activités autorise les sports ou activités sollicitant plus les muscles de l'abdomen (sport de raquette ou de ballon, golf, sport de glisse ou de combats... mais aussi déménagement, ports répétés de charge de plus de 15 kg...).

Un **arrêt de travail** vous sera prescrit si nécessaire par votre chirurgien. La durée sera évaluée en fonction de vos contraintes professionnelles et de transport.

## LE CABINET

# CABINET DE CHIRURGIE TURIN

APPROCHE PERSONNALISÉE  
RESPECT  
COMPÉTENCE  
EFFICACITÉ  
MÉDECINE DE POINTE

Le cabinet de chirurgie ADN est un cabinet de référence dans Paris et en Île-de-France. Nous proposons des consultations au 16 rue Alphonse de Neuville, au cœur de Paris, et réalisons nos interventions dans 3 cliniques d'excellence, la Clinique Turin, la Clinique de l'Alma, et la Clinique Ambroise Paré à Neuilly.

En collaboration étroite avec nos nombreux médecins correspondants généralistes et spécialistes, nous prenons en charge chaque année près de 1500 patients pour poser un diagnostic précis, offrir un traitement adapté ainsi que des soins appropriés et personnalisés. Pour ce faire, nous utilisons des technologies chirurgicales de pointe, dans une infrastructure moderne qui nous permet d'offrir à chaque patient des soins de haute qualité en toute sécurité et dans le plus grand confort possible.

[www.chirurgiedigestive.fr](http://www.chirurgiedigestive.fr)



DOCTEUR MATTHIEU  
GIRODET



DOCTEUR PERRINE  
GOYER



DOCTEUR OLIVIER  
OBERLIN



DOCTEUR ARNAUD  
SAGET

