

Hernies de l'aine



On commence le cours avec une photo d'une hernie ou on ne devrait jamais arriver. Mais ça nous donne une idée de ce qu'est une hernie. Ici le patient a une hernie inguinale et une hernie ombilicale.

1. Généralités

La hernie inguinale est une pathologie fréquente: environ 1/10 hommes sera concerné dans sa vie. C'est le 2ème motif d'intervention chirurgicale (120 000 interventions/an) .

Le pronostic est habituellement bon sauf pour les formes compliquées où il faut être très vigilant +++.

Le diagnostic est souvent aisé, il repose sur l'examen clinique, on utilise très peu de radio.

La compréhension des mécanismes physiopathologiques et l'anatomie du canal inguinal est essentielle.

2. Définitions TRES IMPORTANT et on doit les retenir

• Hernie :

Issue de viscères abdominaux contenus dans un sac péritonéal (péritoine pariétale) qui s'extériorise au travers d'un orifice, qu'on appelle le collet. Cette extériorisation se fait au niveau **d'une zone de faiblesse anatomique de la paroi abdominale**

• Éventration :

Issus de viscères abdominaux contenus dans un sac péritonéal qui s'extériorise **par un orifice non naturel de la paroi abdominale** (secondaire à une intervention chirurgicale comme une laparotomie ou une plaie abdominale) Il faut donc bien faire la différence entre une hernie et une éventration

• Eviscération :

issue de viscères abdominaux au dehors de la cavité péritonéal provoquée par la désunion d'une plaie opératoire. Exemple : la cicatrice d'un patient lâche et les viscères peuvent sortir.

• Diastasis :

Un écartement de 2 muscles (ex: grands droits), sans orifice véritable, avec issue possibles de viscères abdominaux protégés par un sac péritonéal.

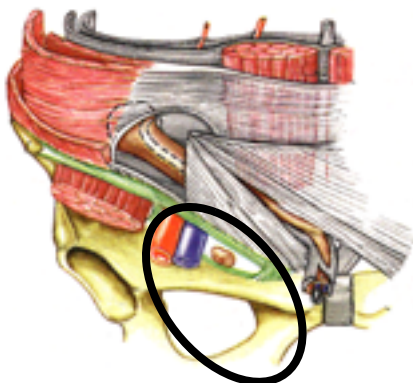
3. Anatomie de la région de l'aine = Orifice musculo-pectinéal

• Les limites:

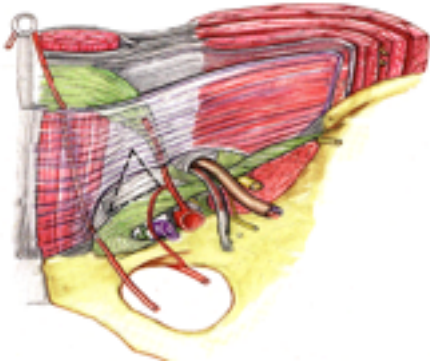
- Supérieur: les muscles obliques interne et transverses
- Extérieur: le muscle psoas
- Inférieur: la branche iliopubienne
- Intérieur: le tendon conjoint et le bord externe des muscles grands droits

Le ligament inguinal (= arcade crurale) séparent 2 étages:

- Etage supérieur: région inguinale par laquelle s'extériorise les hernies inguinales
- Etage inférieur: région crurale par laquelle s'extériorise les hernies crurales



• Etage supérieur = Région inguinale



Chez la femme, le ligament rond dans passe dans cette région alors chez l'homme, c'est le cordon spermatique qui y passe.

On retrouve sur cette étage 3 zones de faiblesse :

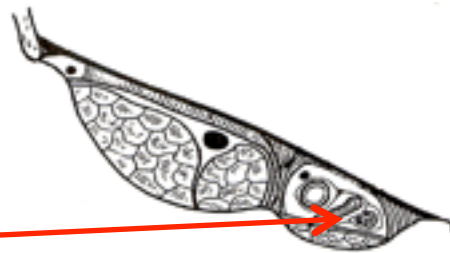
- La fossette inguinale externe en dehors de l'artère épigastrique qui correspond à l'orifice profond du canal inguinal
- La fossette inguinale interne entre l'artère ombilicale et l'ouraque par laquelle s'extériorisent les hernies obliques internes
- La fossette inguinale moyenne, zone triangulaire entre l'artère épigastrique et l'artère ombilicale.

• Etage inférieur = région crurale = fémorale

Les limites:

- En dehors par la bandelette iliopectinée et le psoas
- En haut par l'arcade crurale
- En bas par la bandelette iliopubienne
- En dedans par le ligament de Gimbernat

Il n'y a qu'une seule et unique zone de faiblesse:
- en dedans des vaisseaux fémoraux



Toutes les hernies (inguinales ou crurales) sont définies par le **franchissement du fascia transversalis** qui est distendu ou repoussé.

Ce fascia **recouvre en arrière** l'orifice musculo-pectinéal. Il correspond au **feuillet profond de l'aponévrose du transverse**.

4. L'examen clinique :

• Interrogatoire

Le patient vient nous voir car il ressent une boule, tuméfaction au niveau de la région inguinale. Donc il va falloir préciser les circonstances :

- Date et modalités d'apparition
 - récente / ancienne
 - brutale (lors d'un effort, toux) / progressive (sans facteurs déclenchants)
 - récidive ?
 - amaigrissement récent (quand on maigrit trop vite on perd beaucoup de protéines, et ça fragilise la paroi abdominale et favorise donc les hernies)
- On va ensuite rechercher des signes fonctionnels
 - le patient a-t-il mal, ressent-il un gêne, pesanteur, tiraillement ?
 - douleur à l'effort ou permanente
 - troubles digestifs en particulier à titre de constipation, ralentissement du transit
 - signes fonctionnels urinaires
 - retentissement physique et professionnel
- Conditions de vie: actif, sportif, sédentaire
- Recherche de facteurs de risques
- Antécédents médicaux et chirurgicaux

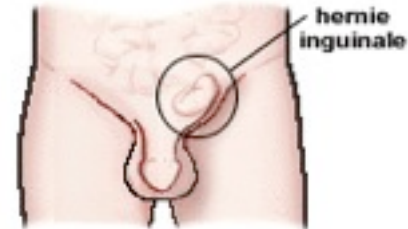
• **Signes généraux:**

A l'examen clinique, il n'y a pas de signes généraux, le patient n'est pas asthénique, pas de fièvre. Il n'y a pas d'altération de l'état général dans les formes non compliquées des hernies .

• **Signes physiques:** plus intéressant

- Il faut faire systématiquement un examen debout (avec la pesanteur les viscères descendent) puis couché avec effort de toux

- Inspection parfois normale si l'hernie est petite sinon, tuméfaction impulsive à la toux; apprécier état cutané local; inspecter les bourses; zone inflammatoire, de lésions particulières.



- Palpation: **élément essentiel du diagnostic +++++**

→ Avec l'extrémité de l'index, on coiffe la peau du scrotum et on remonte jusqu'à la région inguinale en haut et en dehors.

→ A la toux, on perçoit une tuméfaction impulsive, peu ou non douloureuse, réductible (on peut la réintégrer à l'intérieur de la cavité abdominale), reproductible (à chaque fois que le patient tousse on voit réapparaître cette tuméfaction)

→ Ligne de Malgaigne (projection cutanée de l'arcade crurale)

- au dessus = hernie inguinale
- au dessous = hernie crurale

- Percussion: souvent normal donc on le fait rarement.

On entendra quelque chose si la hernie est volumineuse:

- Une matité : contenu épiploïque
- Un son tympanique: contenu digestif (grêle, colon)

- Auscultation: souvent normale; Parfois, Bruit hydro aériques si grêle ou colon

- Examen systématique des autres orifices herniaires ++(en particulier la ligne blanche et l'ombilic)

- Toucher rectal ++: peut être justifié notamment si à l'examen, on a des antécédents de dysurie et de constipation. Double intérêt donc on vérifie qu'il n'y a pas de masse de tumeur, adénome prostatique ainsi que les hernies .

- Examen général: pulmonaire ,ascite ..

En dehors des examens complémentaires nécessaires au bilan préopératoire, aucun autre examen ne doit être demandé.

LE DIAGNOSTIC DE L'HAINES EST PUREMENT CLINIQUE.

5. Formes étiologiques

• **Hernies congénitales:**

- Persistance du canal péritonéovaginal chez l'homme (ou canal de Nuck chez la femme)

- Toujours une hernie oblique externe +++ (trajet intrafuniculaire c'est-à-dire suit le trajet du cordon dans la fossette inguinale externe ++)

mais ne pas généraliser, les cas particuliers existent toujours ..

- Terrain: nourrisson, enfant, adulte jeune

- Malformations associées très souvent: kyste cordon ou épидидyme, hydrocèle vaginale (présence de liquide dans la vaginale testiculaire)

• Hernies acquises:

- Faiblesse musculoaponévrotique de la région inguinale
- Inguinale oblique externe le plus souvent, mais il peut aussi s'agir d'hernies inguinal direct ou crural et très rarement oblique interne
- Terrain: adulte et vieillard, homme > femme

Facteurs favorisants qu'on devra chercher impérativement lors de l'interrogatoire:

→ **Facteur de faiblesse musculo aponévrotique**

- l'âge plus il est âgé moins sa paroi est solide
- sédentarité
- obésité
- amaigrissement brutal: on perd des protéines donc du muscles donc sa fragilise

→ **Facteur d'hyperpression intra abdominal**

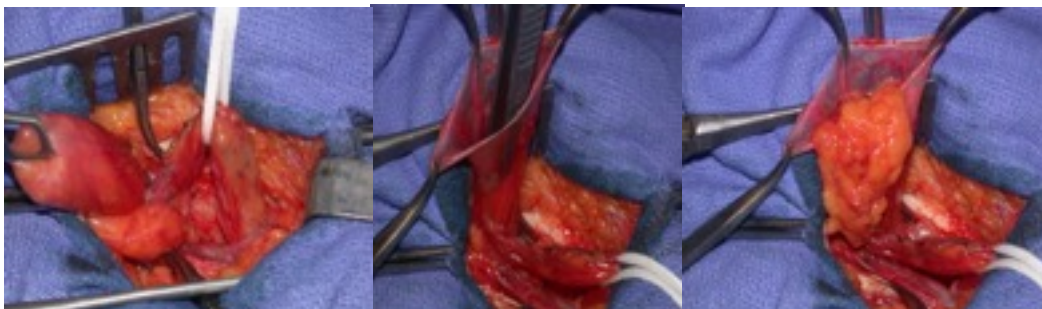
- Insuffisance respiratoire: BCPO, toux
- Constipation
- Adénome de la prostate (dysurie car la prostate prend trop de place, donc le patient doit faire un effort pour uriner et a force fragilise sa paroi abdominale)
- Grossesse: distension de la paroi
- Ascite
- Effort physique trop brutal peut provoquer une déchirure pariétale

IMPORTANCE DE L 'INTERROGATOIRE

6. Formes anatomiques

• Hernies inguinales obliques externes

- Les plus fréquentes (50%)
- Trajet du cordon
- Etiologie: toute les hernies congénitales et une grande partie des hernies acquises
- Développement :
 - vers les bourses chez l'homme (hernie inguino-scrotale)
 - vers les grandes lèvres chez la femme (hernie inguino-labiale)
- Cliniquement, elles se réduisent en haut en arrière et en dehors et on perçoit en dedans l'artère épigastrique.



Voici une représentation d'une hernie inguinale. On a repéré le cordon par le lacet (ficelle blanche). Cette orifice est l'orifice inguinal profond, dans la pince se trouve la hernie. Lorsqu'on ouvre le sac, la pince va dans l'abdomen. Ici le contenu était épiploonique (= de la graisse).

• Hernie inguinale directe

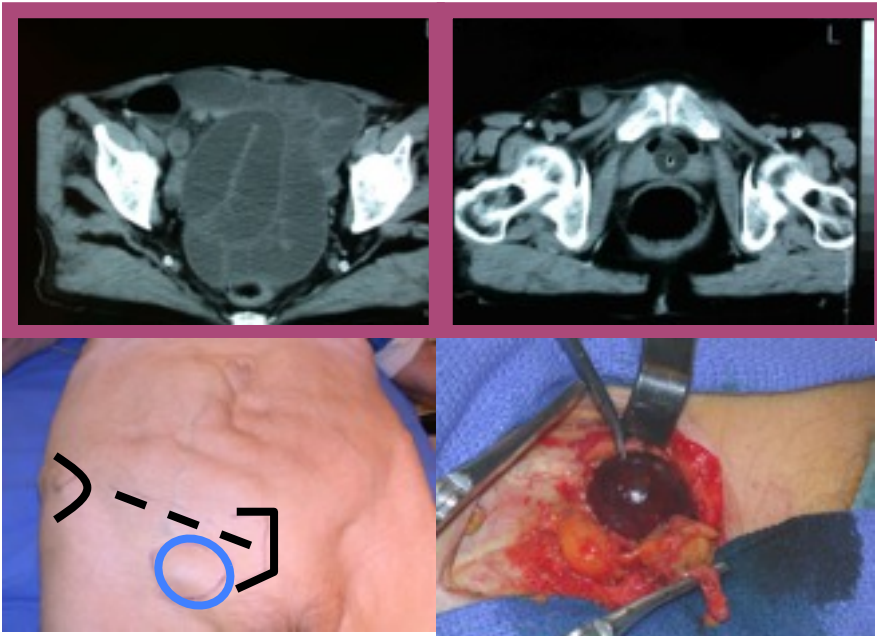
- Hernies de faiblesse – toujours acquises -
- Trajet: fossette inguinale moyenne
- Taille: parfois volumineuse, mais rarement jusqu'au scrotum
- Cliniquement:
 - réduction antéropostérieure
 - perception en dehors de l'artère épigastrique mais c'est très théorique

• Hernies inguinales obliques internes

- Exceptionnelles
- Trajet: fossette inguinale interne
- Extériorisées à l'angle interne du canal inguinal

• Hernies crurales :

- Collet au dessous de la ligne Malgaigne, en dedans des vaisseaux fémoraux
- fréquence de 15 %: femme +++, âgées ++
- Trajet: orifice crural en dedans des vaisseaux fémoraux
- Taille: souvent petite et le collet est relativement étroit donc il y a un **risque d'étranglement**.
- Cliniquement:
 - Tuméfaction de la partie supéro-interne du triangle de Scarpa
 - Rechercher en décubitus dorsal, cuisse en abduction, jambe pendant hors du lit qui permet un peu d'ouvrir les orifices cruraux et rechercher les hernies de cette région
 - Diagnostic difficile surtout chez les obèses



Ligne en pointillés: ligne de Malgaigne (entre EIAS et épine du pubis).

Ici la tuméfaction est en dessous donc c'est une hernie crurale antérosupérieure du triangle de Scarpa.

En fait, il s'agissait d'une hernie étranglée avec contenu de l'intestin dans cette hernie ce qui provoque la distension du grêle en amont (la conséquence de l'occlusion génère par cette hernie .)

7. Formes selon le contenu

- Le plus souvent, les hernies contiennent de l'**Epiploon** et de l'**intestin grêle** .
- Ou du **colon gauche**: en particulier le sigmoïde → hernies par glissement: descente du colon avec son fascia → pas de sac herniaire → risque
- On peut aussi avoir la **vessie** en particulier la corne vésicale dans les volumineuses hernies inguinales externes
- **Annexes** chez la femme
- **Ascite**: La hernie se remplit en position debout, et se vide en position couchée
- **Appendice**: hernie de Littre si c'est l'appendice qui est dans l'hernie

8. Formes compliquées

• Hernie engouée ou relative :

- Hernie difficile à réduire; parfois irréductible mais non ou peu douloureuse; pas de signes occlusifs
- Menace d'étranglement ++
- Indication opératoire formelle, rapide mais c'est pas une urgence

• Hernie étranglée

- Complication grave - **Urgence chirurgicale** -
- Risque d'étranglement est accru si:
 - Le sac herniaire est grand mais le collet étroit
 - Hernie crurale
- Signes fonctionnels
 - Douleur vive, brutale, continue, pénible
 - Signes digestifs associés inconstants: nausées, vomissement, arrêt du transit, plus rarement diarrhées
- Signes généraux: fièvre, pouls accéléré, déshydratation
- Examen clinique
 - Tuméfaction de l'aïne
 - Douleur, irréductible, non impulsive à la toux +++
 - Lors de l'examen de l'abdomen: météorisme abdominal, douleur diffuse qui est la conséquence de l'étranglement herniaire.

Occlusion intestinale → palpation systématique des orifices herniaires

- Risque: occlusion mécanique avec nécrose qui provoque une péritonite avec perforation
- En faveur d'une souffrance viscérale: fièvre, défense abdominale, signes inflammatoires locaux.

9. Diagnostic différentiel

• Pour les hernies inguinales Si ce n'est pas ça, qu'est ce que ça peut être ?

- Hydrocèle (= épanchement séreux dans la vaginale testiculaire). Pour le diagnostic, on fait une épreuve de transillumination du scrotum (si on voit la lumière traverser le scrotum, on est en présence de liquide donc hydrocèle)
- Varicocele (= dilatation veineuse au niveau du scrotum). Le diagnostic est relativement facile: tuméfaction plus molle, dépressible qui disparaît en position couchée,
- Orchiépididymite, torsion du testicule

• Pour les hernies crurales:

- Adénopathie crurale
- Phlébite crosse saphène interne (rare)
- Anévrisme fémoral (masse battante pulsatile, indépendante de la toux)

10. Principes du traitement:

• Hernie inguinale non compliquée

- Principe : il va falloir traiter 2 choses :
 - Traitement du sac péritonéal: dissection +/- résection +/- fermeture
 - Traitement de la paroi abdominale = réfection pariétale +/- renforcement (par prothèse)

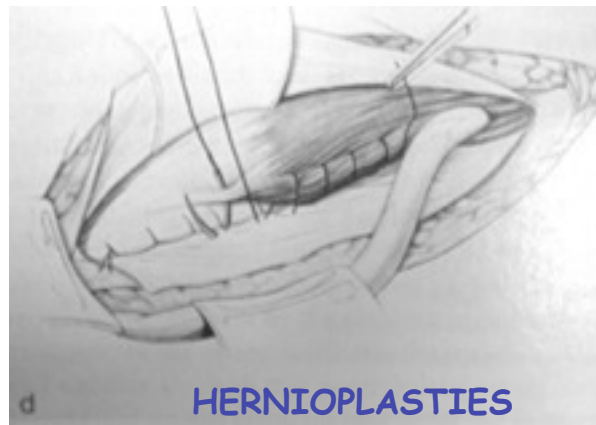
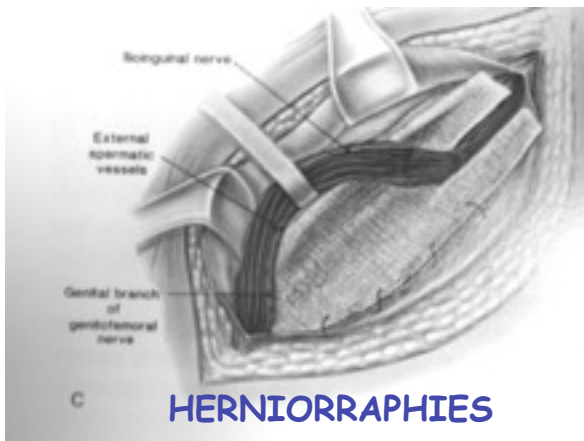
Réparation musculaire

- *Herniorraphies*
- Shouldice (H inguinale)
- Mac Vay (H crurale)

Renforcement prothétique: prothèse d'un maillage très fin mais très solide qui vient soutenir la région qui est fixer tout au tour.

- *Hernioplasties*
- Intervention de Lichtenstein
- Plug + prothèses

- Voie d'abord: inguinales, laparoscopie, prépéritonéale.



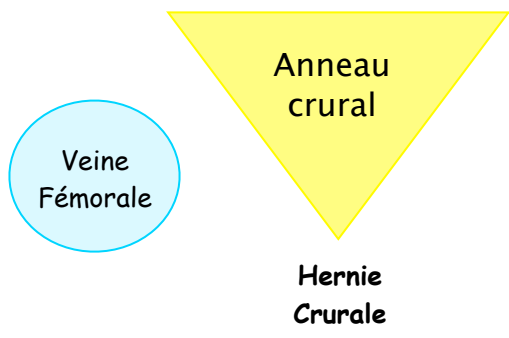
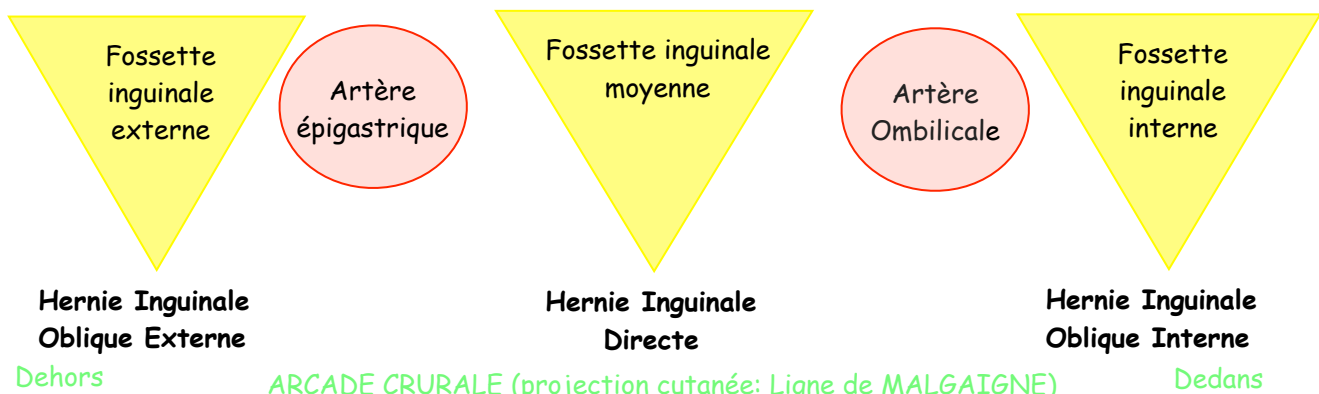
- Indication pour l'opération :
 - Hernie crurale: indication formelle car le risque d'étranglement est grand
 - Hernie inguinale: sauf sujet à risques, ou pointe herniaire asymptomatique chez le jeune (qui ne les gênent pas du tout)

• **Hernie inguinale étranglée**

- Intervention chirurgicale en **urgence** +++
- Selon la vitalité de l'intestin
 - Satisfaisante (intervention assez tôt): on réintègre le contenu dans l'intestin
 - Nécrose: résection de l'anse intestinale concernée
- Puis réparation pariétale (pas de prothèse car risques d'inflammation)
- Mesures médicales:
 - Réanimation hydroélectrolytique,
 - SNG,
 - Antibiothérapie

Schéma super important:

ETAGE SUPERIEUR= REGION INGUINALE



ETAGE INFERIEUR= REGION CRURALE

11. Hernies ombilicales

- Rare représente que 6% de l'ensemble des hernies
- Enfant :
 - Des les premiers mois de la vie
 - Le + souvent, on a une fermeture spontanée de l'anneau ombilical
 - Indication opératoire: volumineuse, symptomatiques, > 5 ans
- Adulte :
 - Acquis, car l'ombilic est une zone de faiblesse
 - Terrain: obèse, cirrhotique (à cause de la formation d'ascite), 3ème âge, femme
 - Clinique: tuméfaction ombilicales, réductible, indolore, impulsive à la toux
 - Evolution: risque d'étranglement, de rupture ombilicale chez le cirrhotique (pronostic gravissime)

12. Eventration:

• Définition:

Issue de viscères abdominaux contenus dans un sac péritonéal et s'extériorisant par un orifice non naturel de la paroi abdominale (secondaire à une laparotomie, ou une plaie de la paroi abdominale)

• Diagnostic clinique:

Tuméfaction impulsive à la toux, réductible, peu ou non douloureuse, reproductible, en regard d'une cicatrice abdominale, plus rarement d'une zone de traumatisme

Mode évolutif (complications) et prise en charge similaire à une hernie inguinal classique

Plaies et contusions de l'abdomen

I/ Contusions de l'abdomen

1. Définition

- Lésions engendrées par un traumatisme pariétal ou du contenu de la cavité abdominale
- Ces lésions iront du diaphragme jusqu'au plancher pelvien
- En avant: projection de la cavité abdominale jusqu'au 5ème EIC → fréquence des traumatismes thoraco-abdominaux. (lésions hépatiques et spléniques en cas de fractures de côtes basses)
- Traumatisme du périnée: arme à feu, empalement: lésion osseuse, urinaire, neurologique et hémorragique.
- Ne pas oublier les traumatismes potentiels sur le rétropéritoine: gros vaisseaux, appareil urinaire.

2. Epidémiologie

- Contusions: 80% des traumatismes avec mortalité de 10 à 30 %
 - le plus souvent polytraumatisme (45 a 75 % des cas)
- 2/3: accidents de la voie publique (voiture: 50%, 2 roues: 18%)
- 1/3: accidents de travail, chute d'une grande hauteur, sport, rixe et tentative de suicide

3. Mécanismes

- Choc direct: impact direct sur la paroi sous forme de lésion d'écrasement, d'éclatement
 - Fracture d'un viscère plein (foie rate) → syndrome hémorragique car ils sont gorgées de sang et celui-ci va se déverser dans la cavité péritonéale.

→ perforation d'un viscère creux (grêle, colon) → péritonite → syndrome péritonéal (défense ou contracture)
 → écrasement contre la paroi postérieure des viscères pleins rétro-péritonéaux (rein, pancréas)
 → hyperpression abdominale → lésions des coupoles diaphragmatiques

- **Décélération**: rupture, déchirure, désinsertions musculaires

Mécanismes multiples et intriqués ++, en général le patient arrive avec de multiples types de lésions.

4. Incidence des organes lésés

- Rate: 46%

- Foie: 33 %

- Mésentère: 10%

Le reste inutile de retenir

Mortalité:

- 1 organe: 6%

- 3 organes: 15 %

- 4 organes: 50%

- 5 organes: 70 %

5. Prise en charge initiale

2 objectifs qui vont devoir être menés parallèlement pour ne pas perdre de temps car le pronostic est mis en jeu.

a) **Evaluation des fonctions vitales**: Etat de choc ? et particulièrement choc hémorragique

- pâleur, sueur, soif, extrémité froide, polypnée superficielle
- pouls: rapide, filant; TA basse

b) **Si nécessaire: Correction des troubles hémodynamiques**: perfusion de macromolécule et surtout de transfusion sanguine.

c) **Mise en condition du patient**

- Sonde vésicale, sonde gastrique en aspiration
- O₂ nasal +/- ventilation assistée sur sonde trachéale
- Voie veineuse périphérique – PVC
- Monitoring: surveillance en permanence ECG, TA, SaO₂

d) **Bilan biologique en urgence**:

Groupe sanguin, NFS, Iono Sang, coagulation, Bilan hépatique et pancréatique, Gaz du sang, Ethylémie.

Interrogatoire: éléments de gravité? (à demander au SAMU, pompier ou proche si jamais le patient n'est pas apte à répondre)

- Ejection du véhicule
- Autre passager décédé
- Désincarcération > 20 min
- Chute > 6 m
- Tonneau
- Vitesse > 80 km/h, décélération, trace d'impact
- Piéton renversé ou projeté
- Accident de moto > 40 km/h avec chute

Inspection: Point d'impact, des érosions cutanées, météorismes, augmentation du volume de l'abdomen (évolutivité des signes ++)

Palpation :

- Signes d'hémopéritoine (rupture d'un viscère plein) douleur à irradiation scapulaire, défense, abdomen distendu, hoquet
- Signes de péritonite (rupture d'un viscère creux): défense, contracture

Percussion:

- Matité des flancs → épanchement, Disparition de la matité pré-hépatique → pneumopéritoine



Elément de gravité: on voit la ceinture de sécurité → lésion thoracique

6. Imagerie

Dès que le patient arrive, il va falloir organiser 3 éléments d'imagerie: TRES IMPORTANT

- **Radiographie pulmonaire +++**: recherche d'un hémopneumothorax (qu'il faut drainer rapidement)
- **Radiographie du bassin de face +++**: recherche d'une fracture du bassin et en particulier fracture de la symphyse pubienne ou disjonction sacro-iliaque car ça saigne beaucoup
- **Echographie abdominale +++**: faite par le réanimateur dans le but de retrouver un épanchement intrapéritonéal mais le diagnostic lésionnel n'est pas bon (50 %) mais très performant pour l'épanchement intrapéritonéal
- ASP : aucun intérêt

2 possibilités : si le patient est stable sur le point hémodynamique, il va à peu près bien, on a le temps de faire d'autres examens complémentaires. S'il est instable, on va l'opérer directement .

- **Radiographie osseuse orientée**: si on suspecte une fracture ..
- **TDM du corps entier, sans et avec injection de PDC** (crâne thorax abdomen)
 - diagnostic d'hémopéritoine: sensibilité 85 % , spécificité 100 %
 - permet surtout le diagnostic lésionnel
 - Organes pleins
 - Organes creux (ex : pneumopéritoine)
 - Saignements actifs que l'on verra par fuite de PDC +++
 - Hématomes pariétaux, rétropéritonéaux, pelviens

L' **Artériographie** n'a aucun intérêt diagnostique.

En cas de traumatisme hépatique, splénique, bassin, rénal: on pourra l'emboliser (boucher l'artère qui saigne)grâce à l'artériographie interventionnelle

7. Stratégie thérapeutique:

GUIDEE PAR L'HEMODYNAMIQUE ET L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT

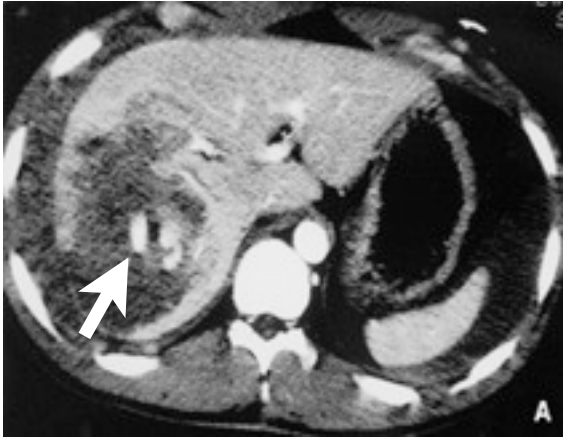
3 cas de figure :

- Collapsus persistant ou dépendant: on ne pourra pas faire les examens complémentaires donc on l'amène tout de suite au bloc opératoire où on lui fait un laparotomie.
- Péritonite: laparotomie
- Etat hémodynamique stable : TDM
 - Chirurgie: si organes creux, diaphragme, pancréas sont atteints
 - Surveillance dans un premier temps: atteinte hépatique ou splénique

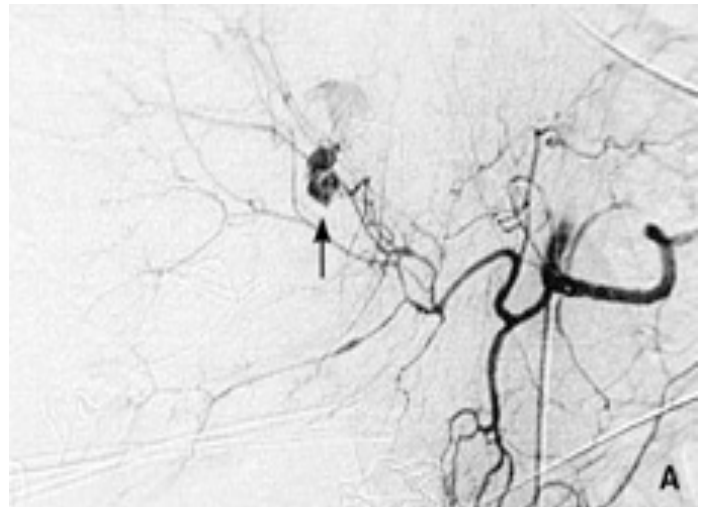
Principes de la laparotomie : 3 étapes

1. Contrôle de l'hémorragie
2. Arrêt de la contamination bactérienne
3. Réparation définitive des lésions

Laparotomie écourtée: Il a passé les diapos car c'est trop technique pour nous.



Ce scanner visualise une volumineuse hypodensité autour du foie , ainsi qu'un hémopéritoine autour des côtes. Au niveau de la flèche, la fuite du produit de contraste est le témoin d'une hémorragie active hépatique.



Ici, on voit une fuite du PDC toujours au niveau de la flèche, le but est donc de se rapprocher au plus près du vaisseau et de l'obturer ensuite.

Stratégie non opératoire: Surveillance

- 60 à 80 % des traumatismes hépatiques ne saignent plus à l'intervention.
- Attitude proposée dans 70 % des traumatismes spléniques et 80 % des traumatismes hépatiques avec succès dans 90 % des cas.
- Critères :
 - Stabilité hémodynamique
 - Absence de lésions intra-abdominales imposant la chirurgie
 - Transfusion sanguine: rate 2 culots , le foie 8 culots globulaire (au-delà des limites, on propose la chirurgie)

8. Polytraumatisme *Il passe aussi.*

Très souvent associé à d'autres lésions .

Retenez simplement qu'il faudra être vigilant en cas de traumatismes abdominaux:

- Perte sanguine:
 - fracture de côte: 100 mL
 - fracture du bassin 500 à 5000 mL

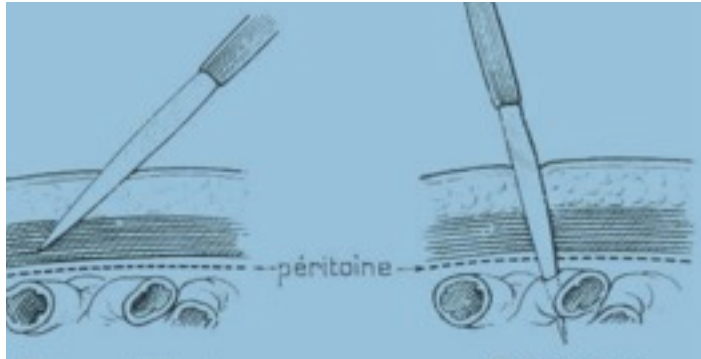
Importance capitale de réaliser une radiographie du bassin dès l'arrivée du patient

Une contusion de l'abdomen peut tuer:

- En quelques minutes par choc et hémorragie foudroyante;
- En quelques heures, par hémorragie interne plus lente;
- En vingt-quatre heures /quarante-huit heures, par péritonite généralisée ou hémorragie en deux temps.

II/ Plaies de l'abdomen

La plaie est-elle pénétrante? C'EST LA QUESTION QU'IL FAUT SE POSER



Une plaie pénétrante franchit le péritoine voire atteint un organe intra abdominal.

Argument clinique pour une plaie pénétrante :

- Eviscération du contenu abdominal
- Extériorisation de gaz, de liquides digestifs, d'urine
- Signes hémorragiques ou d'irritations péritonéales (défense, contracture)
- Rectorragie au TR, sang dans la sonde gastrique.

Examens complémentaires

- Biologie non contributive
- Imagerie moins sensible que dans les contusions, stratégie superposable aux traumatismes fermés
→ TDM ++++

=> Importance de l'examen clinique +/- exploration sous anesthésie locale pour retrouver le chemin du couteau .

Conduite à tenir pratique

- Laparotomie :
 - Si le patient a un choc ou une péritonite
 - Plaie par armes à feu pénétrante (généralement, elles sont toujours pénétrantes)
 - Défect de la paroi abdominale (trou dans la cavité abdominale)
- Laparoscopie :
 - Plaie par arme blanche supposée pénétrante
 - En cas de doute de plaie possiblement pénétrante
- Surveillance
 - Patient conscient
 - Examen clinique normal avec TDM normal
- Pensez aussi au vaccination anti-tétanique

Ne pas induire de perte de chance pour le patient :

- Savoir prendre une décision opératoire rapide sans examen complémentaire. Parfois, on veut trop bien faire, avoir un diagnostic précis. Mais c'est une erreur, on fait perdre des chances au patient. Si on a des éléments de gravité, il faut aller directement à la chirurgie.

- Faire le geste simple, notamment en chirurgie, rapide pour laisser la place à la réanimation ,à la radiologie interventionnelle, à un transfert vers un plateau technique adapté .