



## FAIT CLINIQUE

### TRAITEMENT DES ÉVENTRATIONS DE LA PAROI ABDOMINALE ASSOCIÉ À UNE ABDOMINOPLASTIE CHEZ LES PATIENTS OBÈSES : À PROPOS DE TROIS CAS

TREATMENT OF THE ABDOMINAL WALL EVENTRATION ASSOCIATED WITH ABDOMINOPLASTY IN OBESE PATIENTS: ABOUT THREE CASES

K ADABRA<sup>1</sup>, AK AMAVI<sup>1</sup>, T DOSSOUVI<sup>1</sup>, F ALASSANI<sup>2</sup>, K KANASSOUA<sup>1</sup>, B TCHANGAI<sup>2</sup>, DM SAMBIANI<sup>2</sup>, K AMOUZOU<sup>3</sup>, G SONGNE<sup>1</sup>

1 Département de chirurgie générale CHU SO BP : 57 Lomé-Togo

2 Département de chirurgie viscérale CHU SO Lomé BP : 57 Lomé-Togo

3 Département de chirurgie plastique et reconstructrice CHU SO Lomé BP : 57 Lomé-Togo

4 Département de chirurgie générale, CHU Kara -Togo

## RÉSUMÉ

Nos rapportons trois cas de prise en charge chirurgicale d'éventration abdominale associée à une abdominoplastie chez des patientes obèses. Les techniques classiques de réparation de l'éventration par prothèse non résorbable ont été utilisées. L'abdominoplastie a été faite par incision horizontale et résection de l'excès de tissu cutaneo-adipeux. Une patiente a eu une ombilicoplastie et une autre une transposition de l'ombilic. Le drainage postopératoire a été systématique. Aucune complication n'a été retrouvée. Les avantages de l'utilisation de prothèse non résorbable ainsi que l'intérêt d'associer une abdominoplastie particulièrement chez les patients obèses présentant des éventrations récidivantes ou non, ont été discutés dans ce travail.

**Mots clés:** *Éventration, obésité, abdominoplastie, Togo*

## SUMMARY

We herein report three cases of surgical treatment for incisional hernia of abdominal wall associated with an abdominoplasty. Three obese patients received this treatment. Conventional repair techniques with nonabsorbable prosthesis were used. The abdominoplasty was made by horizontal incision and resection of excess adipose tissue. One patient had a neo-umbilicus and we performed transposition of the umbilicus in another patient. Postoperative drainage was systematic. No complications were found. The advantages of using non-absorbable mesh to reinforce the abdominal wall and the interest of combining abdominoplasty especially in obese patients presenting with incisional hernias were discussed in this work.

**Keywords:** *incisional hernia; obesity; abdominoplasty; Togo*

### Tirés à part

Docteur ADABRA Komlan    Assistant chef de Clinique en Chirurgie Générale. CHU Sylvanus Olympio.  
07 BP 14278 Lomé 07 Togo    Tel: 00228 90 77 48 80    Email: aakbrus@yahoo.fr

## INTRODUCTION

L'obésité a été mise en cause dans la survenue des éventrations de la paroi abdominale dans 38,1% des cas selon Horhant et al La survenue d'éventration chez les personnes obèses pose le problème de prise en charge concomitante de l'éventration et de la paroi abdominale cutanéoadipeuse qui demeure un facteur péjoratif de récurrence. La réparation des éventrations de la paroi abdominale antérieure repose largement sur l'utilisation de prothèse non résorbable dont l'importance dans la réduction du risque de récurrence a été démontrée. L'abdominoplastie quand elle est associée chez les patients obèses, améliore le résultat thérapeutique et est bien acceptée par les patients en raison du bénéfice esthétique obtenu.

## OBSERVATIONS

### Observation 1

Une patiente de 52 ans, pesant 98 kg pour une taille de 1m60 (IMC= 38,3), a consulté pour une éventration de la paroi abdominale évoluant depuis 2 ans. Elle a eu une césarienne à l'âge de 33 ans. L'examen a montré une cicatrice d'incision médiane sous ombilicale et un panicule adipeux disgracieux (figure 1). Le traitement a consisté en une abdominoplastie par une incision première horizontale emportant le panicule cutanéoadipeux pesant 3,7 kg et laissant l'ombilic en place. La cure de l'éventration a consisté en la mise en place d'une prothèse de polyester en position retro musculaire préfasciale avec un drainage aspiratif. Les suites opératoires immédiates ont été simples avec une cicatrisation satisfaisante (Figure 1).



a  
v  
a  
n  
t



a  
p  
r  
ès

Figure 1 : Aspect de l'abdomen avant et après la chirurgie chez la patiente 1

### Observation 2

Une patiente de 53 ans, mère de 6 enfants avec le dernier né par césarienne à l'âge de 39 ans, pesant 104kg pour une taille de 155cm (IMC=43,3) a consulté pour une éventration de la paroi abdominale évoluant depuis 9 ans. L'aspect de plus en plus disgracieux de la paroi abdominale (figure 2, a) a motivé le désir de se faire opérer de son éventration. L'examen clinique notait une éventration sur incision de Pfannenstiel et une hernie ombilicale mesurant 8 cm de diamètre. La prise en charge a consisté en une abdominoplastie emportant à la fois la cicatrice de Pfannenstiel et la hernie ombilicale. La cure de l'éventration et de la hernie a été faite par une plaque de polyester de 30x40 cm posée en site retromusculaire préfascial. Un néo-ombilic a été confectionné avec la peau sus ombilicale. La Fermeture a été réalisée sur double drainage aspiratif. La pièce opératoire reséquée (figure 3) a pesé 4,2 kg. Les suites opératoires ont été simples.



(a)



(b)

Figure 2 : Aspect de l'abdomen de la patiente 2 avant (a) et après (b) l'intervention



(a)



Figure 3 : Pièce opératoire cutaneo-adipeuse reséquée (patiente 2)



(b)



(c)

Figure 4 : Aspects de l'abdomen avant (a) et après l'intervention à J 3 post opératoire (b) et à Mois 19 post opératoire (c)

### Observation 3

Une patiente de 55 ans mère de 2 enfants, hypertendue connue sous traitement bien suivi pesant 112kg pour une taille de 156 cm (IMC=46,0) a consulté pour récurrence d'éventration de la paroi abdominale. Elle avait dans ses antécédents chirurgicaux une cure de hernie de la ligne blanche, une cure d'éventration survenue 2 ans après la cure de la hernie. Dans les deux cas, il n'y avait pas eu de pose de prothèse lors de la cure. Elle était aussi porteuse d'un fibrome utérin symptomatique. Le panicule abdominale était important (figure 4 : a). La prise en charge a consisté en une abdominoplastie avec transposition de l'ombilic. Une hystérectomie totale a été réalisée dans le même temps opératoire avant la cure de l'éventration. Une plaque non résorbable de polyester a été posée en retromusculaire préfascial. Un drainage aspiratif a été laissé en place. Le tissu cutané-adipeux a pesé 4,5kg. La cicatrice opératoire était satisfaisante (figure 4 : b et c)

**DISCUSSION**

L'incidence globale des éventrations est de 9,9 % après laparotomie . L'obésité est un facteur favorisant la survenue des hernies et éventrations de la paroi abdominale. La prise en charge chirurgicale de ces éventrations est bien codifiée. Il s'agit classiquement de réaliser une pariétoplastie sans tension avec pose de prothèse non résorbable. L'utilisation de ces prothèses permet de réduire le risque de récurrence . La réparation de l'éventration se fait préférentiellement par laparoscopie avec mise de la prothèse en position intrapéritonéale , . Lorsqu'une abdominoplastie est prévue, la cure par laparotomie est utilisée. Dans ce cas, le site d'implantation peut être intrapéritonéal, préperitonéal, rétromusculaire préfascial, ou pré-musculo-aponévrotique. Tout comme pour J.-L. Bouillot et coll, l'interposition de la prothèse en site rétromusculaire a notre préférence.

L'abdominoplastie est habituellement réalisée dans les services de chirurgie esthétique dans un but de réduire le panicule cutanéoadipeux chez les patients obèses. Dans plusieurs travaux portant sur de grandes séries , , l'abdominoplastie a été associée au traitement des éventrations avec interposition de prothèse non résorbable. L'association de l'abdominoplastie a à notre sens deux buts : esthétique et préventif de récurrence d'éventration. En effet Sauerland et coll. ont démontré que l'obésité est un facteur de récurrence des éventrations opérées . En réduisant le panicule cutané abdominal on réduit sûrement le risque d'éventration. Pour Petrakis , l'abdominoplastie n'est plus réalisée seulement dans un but esthétique mais aussi thérapeutique puisqu'elle a permis dans son étude de contribuer à réduire les douleurs dorsales induites par un tablier abdominal important et à améliorer la qualité de vie du patient.

Sur le plan technique, nous réalisons une incision première de l'abdominoplastie car cela nous permet d'isoler l'éventration et d'avoir un champ confortable pour exposer l'espace rétromusculaire et poser la plaque. Le traitement de l'ombilic est variable. Il est soit laissé en place, soit transposé si cela est possible . Nous avons réalisé la transposition de l'ombilic chez une patiente. Dans un autre cas, nous avons reséqué l'ombilic et confectionné un néo-ombilic. Cette ombilicoplastie est importante étant l'ombilic est un élément esthétique significatif de la région abdominale . Les complications post opératoires les plus fréquentes des abdominoplasties sont les séromes (23,6%), l'infection (13,9%), les saignements (11,1%), l'hématome (6,9%), la nécrose cutanée (6,9 %) et la nécrose ombilicale (4,2%). Dans notre étude, avec un recul de 12 à 24 mois, nous n'avons pas observé de complications postopératoires. L'hémostase soigneuse et la mise en place de drains aspiratifs permettent de limiter la formation de collections et à posteriori de sérome. Enfin le bénéfice esthétique est évident et les résultats satisfaisants chez les trois patientes.

**CONCLUSION**

L'abdominoplastie peut être associée à la cure de l'éventration chez les obèses sans morbidité supplémentaire. Bien que relevant le plus souvent de la chirurgie plastique, elle peut être systématiquement proposée dans les services de chirurgie générale et viscérale afin d'améliorer le résultat esthétique et éventuellement thérapeutique.

**RÉFÉRENCES**

1. Horhant P, Le Du J, Chaperon J, Lavenac G, Mambrini A. [Treatment of postoperative abdominal eventrations with a resorbable prosthesis. Apropos of 160 cases]. J Chir (Paris). nov 1996;133(7):311-6
2. Le Huu Nho R, Mege D, Ouaïssi M, Sielezneff I, Sastre B. Incidence and prevention of ventral incisional hernia. J Visc Surg. oct 2012;149(5 Suppl):e3-14
3. Bouillot J-L, Pogoshian T, Corigliano N, Canard G, Veyrie N. Management of voluminous abdominal incisional hernia. J Visc Surg. oct 2012;149(5):e53-8
4. Martorana G, Carlucci M, Alia C, Barrianco G, Iacopinelli SM, Labruzzo C, et al. [Laparoscopic incisional hernia repair: our experience and review of the literature]. Chir Ital. oct 2007;59(5):671-7

5. Carreirão S, Correa WE, Dias LC, Pitanguy I. Treatment of abdominal wall eventrations associated with abdominoplasty techniques. *Aesthetic Plast Surg.* 1984;8(3):173-9
6. Robertson JD, de la Torre JI, Gardner PM, Grant JH, Fix RJ, Vásconez LO. Abdominoplasty repair for abdominal wall hernias. *Ann Plast Surg.* juill 2003;51(1):10-6
7. Ramirez OM. Abdominoplasty and abdominal wall rehabilitation: a comprehensive approach. *Plast Reconstr Surg.* janv 2000;105(1):425-35
8. Sauerland S, Korenkov M, Kleinen T, Arndt M, Paul A. Obesity is a risk factor for recurrence after incisional hernia repair. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg.* févr 2004;8(1):42-6
9. Petrakis I, Xenaki S, Andreou A, Panagiotakis G, Chalkiadakis G. Therapeutic abdominoplasty: Report of a case. *Int J Surg Case Rep.* 2015;8C:96-9
10. Matarasso A, Matarasso DM, Matarasso EJ. Abdominoplasty: classic principles and technique. *Clin Plast Surg.* oct 2014;41(4):655-72
11. Massiha H, Montegut W, Phillips R. A method of reconstructing a natural-looking umbilicus in abdominoplasty. *Ann Plast Surg.* mars 1997;38(3):228-31
12. García-García ML, Martín-Lorenzo JG, Campillo-Soto A, Torralba-Martínez JA, Lirón-Ruiz R, Miguel-Perelló J, et al. [Complications and level of satisfaction after dermolipectomy and abdominoplasty post-bariatric surgery]. *Cir Esp.* avr 2014;92(4):254-60