

ARTICLE ORIGINAL

CURE PROTHETIQUE DES EVENTRATIONS DE LA PAROI ABDOMINALE POST-OPERATOIRES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE 'A' DU CHU DU POINT 'G' A BAMAKO AU MALI

PROSTHETIC REPAIR OF ABDOMINAL WALL INCISIONAL HERNIAS IN THE DEPARTMENT OF SURGERY "A" OF POINT "G" HOSPITAL AT BAMAKO IN MALI.

O SACKO¹, L SOUMARÉ¹, S KEITA¹, A KOITA¹, S KOUMARÉ¹, CAMARA A¹, M CAMARA¹, H DICKO², ZZ SANOGO¹, D SANGARÉ¹

1 Service de chirurgie "A" CHU du Point G, Bamako Mali
2 Service d'anesthésie et réanimation CHU du Point G, Bamako Mali

RÉSUMÉ

Introduction : Les éventrations abdominales post-opératoires sont relativement fréquentes.

But : Rapporter notre expérience de l'utilisation de la prothèse pariétale pour la cure des éventrations de la paroi abdominale post-opératoires.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective de février 2010 à février 2012 dans le service de chirurgie A du CHU du Point-G à Bamako au Mali. Elle a concerné 45 malades porteurs d'une éventration de la paroi abdominale post-opératoire traités par prothèse pariétale et ayant donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude. Les prothèses étaient en polyester et en polypropylène. Le recul moyen était de 12 mois.

Résultats : Il s'agissait de 28 hommes (62,2%) et de 17 femmes (37,8%) d'âge moyen de 51 ans. Chez 28 patients (62,2%), le grand axe de l'éventration était supérieur à 10 cm. Les éventrations les plus fréquentes étaient les sous-ombilicales (26 cas ; 57,8%) et les sus-ombilicales (17 cas ; 37,8%). Le matériel prothétique le plus utilisé a été le Mersilène (43 cas ; 95,6%). La prothèse était placée en retro-musculaire pré-fascial chez 44 malades (97,8%) et en intra-péritonéal chez un malade (2,2%). L'évolution était d'emblée favorable dans 91,1% des cas (41 malades). La morbidité était de 8,9% due à un hématome pariétal (2 cas ; 4,4%) et à une suppuration pariétale (2 cas ; 4,4%) ayant bien évolué après traitement. La mortalité a été nulle. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,22 jours et le taux de récurrence de 2,2% (1/45) à 12 mois.

Conclusion : La cure des éventrations de la paroi abdominale post-opératoires par prothèse est à encourager dans nos milieux pauvres car permet de minimiser le taux de récurrence dont le traitement constitue un surcoût.

Mots-clés : Eventration ; Cure ; Prothèse ; Mersilène.

SUMMARY

Introduction: Abdominals incisional hernias are relatively frequent.

Aims : Report our experience of prosthetic repair of abdominals incisional hernias.

Method: it was about a forward-looking study from February, 2010 to February, 2012 in the department of surgery 'A' of the Teaching hospital of Point-G in Bamako at Mali. It concerned 45 cases of abdominals incisional hernias treated by parietal prosthesis and having given their informed consent to participate in the study. Prostheses were in polyester and in polypropylene. The average backward supervision was of 12.

Results : it was about 28 men (62,2 %) and 17 women (37,8 %). Average age was 51 years. For 28 patients (62,2 %), the main line of the abdominal incisional hernia was upper to 10 cms. The most frequent seat was the sub-umbilical (26 cases; 57,8 %) and over umbilical (17 cases; 37,8 %). The most used prosthetic material was Mersilène (43 cases; 95,6%). Prosthesis was placed in retro-muscular prefascial at 44 patients (97,8 %) and in intraperitonéal at one patient (2,2 %). The evolution was immediately favourable in 91,1 % of the cases (41 patients). Morbidity was 8,9 % due to hematoma (2 cases; 4,4 %) and parietal infection (2 cases; 4,4 %) having evolved well after treatment. We had none mortality. Average duration of hospitalization was of 3,22 days. Recurrence was 2,2 % (1/45) at 12 months.

Conclusion: prosthetic repair of abdominals incisional hernias is to be encouraged in our poor country because allow to minimize the rate of recurrence which the treatment constitutes an additional cost.

Keywords: Abdominal incisional hernia; Cure; prosthesis; Mersilene.

Tirés à part:

Sacko Oumar, Chirurgien. Service de chirurgie « A », CHU du Point G, BP 333 Tel portable : (00223) 79166652
Email : ousacko72@yahoo.fr Bamako Mali.

INTRODUCTION

Les éventrations post-opératoires de la paroi abdominale correspondent à des pertes de substance de la paroi musculo-aponévrotique apparues dans les suites d'une laparotomie ou rarement d'une laparoscopie, avec issue intermittente ou permanente de viscères à travers cette brèche pariétale. Elles surviendraient au décours de 2 à 10% des laparotomies selon les séries et la durée du suivi [1]. Elles restent relativement fréquentes. Elles sont favorisées, entre autres, par l'hyperpression abdominale et les complications infectieuses pariétales post-opératoires. Une fois apparue l'éventration est une maladie évolutive. Elle entraîne peu à peu la rétraction et la destruction des muscles de la paroi rendant la réparation anatomique difficile. C'est dire l'intérêt de proposer à ces patients porteurs d'éventration, un traitement chirurgical adapté. Seule la mise en place d'une prothèse de renforcement permet d'obtenir une paroi solide à long terme avec un taux de récurrence inférieur à 15% [2, 3] par rapport aux 31 à 63% [4] de récurrence de cure par suture simple. Le but de ce travail était de rapporter notre expérience dans la prise en charge des éventrations abdominales post-opératoires par mise en place de prothèse pariétale.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude prospective qui s'était déroulée du 08 février 2010 au 15 février 2013 dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G à Bamako au Mali. Ont été retenus dans l'étude, les malades reçus en consultation régulière programmée présentant une éventration abdominale post-opératoire, acceptant la procédure de cure par prothèse pariétale et ayant donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude. Tous les malades ont été opérés en chirurgie programmée et sous anesthésie générale. L'antibioprophylaxie a été systématique chez tous. Les prothèses de type polyester et de polypropylène ont été utilisées. Les sites d'implantation ont été retro-musculaire pré-fascial en débordant largement le collet de l'éventration, ou en intra-péritonéal selon les techniques décrites par Stoppa et al [5]. Deux drains ont été placés l'un en contact de la prothèse et l'autre en sous-cutané chez tous les malades. L'héparinothérapie a été réalisée chez des patients présentant des risques importants. Les variables étudiées ont été le sexe, l'âge, les facteurs de risque, les antécédents de cure d'éventration, les voies d'abord et les suites opératoires des laparotomies antérieures, le siège et le diamètre de l'éventration, l'administration ou non d'héparine, sa voie d'administration, ses indications et sa durée d'administration, l'évolution après la mise en place de la prothèse, la durée d'hospitalisation. Les malades étaient revus avec un recul moyen de 12 mois. Les données ont été saisies et analysées sur Epi.6.FR.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 45 cas d'éventrations abdominales post-opératoires ont été recensés dont 17 femmes (37,8%) et 28 hommes (62,2%). La moyenne d'âge était de 51 ans avec des extrêmes de 20 et 70 ans.

Le facteur de risque retrouvé dans notre série a été l'obésité chez 3 patients soit 6,7% des cas et 3 cas de récurrences (6,7%) ont été retrouvés après une première cure par simple suture.

Les laparotomies dont les suites ont été suivies d'éventration, ont été médianes dans 95,6% des cas (43 patients) et transversale dans 4,4% des cas (2 patients). Elles étaient compliquées d'infection pariétale chez 4 patients (8,9%) alors que chez 41 patients (91,1%), il n'y a pas eu d'infection pariétale.

Les sièges de l'éventration se répartissaient comme suit : Les éventrations sous-ombilicales ont été les plus fréquentes (26 cas ; 57,8%), suivies des sus-ombilicales (17 cas ; 37,8%) et des sus- et sous-ombilicales (2 cas ; 4,4%).

Chez 28 patients soit 62,2%, le grand axe de l'éventration était supérieur à 10 cm. Il était compris entre 5-10 cm chez 12 patients (26,7%) et inférieur à 5 cm dans 11,1% des cas.

Le matériel prothétique le plus utilisé a été le Mersilène 95,6% des cas (n= 43), le polypropylène (Marlex) (1 cas ; 1,2%) et le polyéthylène dans (1 cas ; 1,2%).

La prothèse a été placée en retro-musculaire pré-fascial chez 44 malades (97,8%) et en intra-péritonéal chez un malade soit 2,2% des cas.

5 patients soit 11,11% ont reçu d'héparine, par voie sous-cutanée abdominale. Les raisons d'héparinothérapie étaient l'existence de risques importants tels que : obésité.

Les suites opératoires en cours d'hospitalisation ont été d'emblée favorables chez 41 patients (91,1%) et défavorables chez 4 patients soit une morbidité de 8,9% due à un hématome pariétal (2 cas ; 4,4%) et à une infection pariétale à type de suppuration pariétale (2 cas ; 4,4%). L'hématome a évolué favorablement sous simple drainage externe et la suppuration pariétale sous soins locaux et antibiothérapie. Ceci porte à 100% d'évolution favorable en cours d'hospitalisation. La mortalité a été nulle. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,22 jours. A long terme le taux de récurrence a été de 2,2% (1/45) et ceci dans un délai de 12 mois.

DISCUSSION

L'éventration est une maladie évolutive. Le choix de la prothèse pariétale dans la cure des éventrations post-opératoires est dicté par ses qualités physiques de résistance et de plasticité, sa tolérance biologique et la possibilité de colonisation par les tissus [6,7].

Dans notre série le sexe masculin a prédominé (62,2%) sur le sexe féminin (37,8%). Berrada S et al [8] en Tunisie ont rapporté une prédominance féminine (80% des cas). Dans la littérature le sexe n'est pas cité comme facteur favorisant la survenue des éventrations post-opératoires. La moyenne d'âge a été de 51 ans chez nos patients avec des extrêmes de 20 et 70 ans. Berrada S et al [8] ont rapporté une moyenne d'âge de 50 ans avec des extrêmes de 28 et 72 ans. L'obésité a été retrouvée chez 2 patients (4,4%). Elle est considérée comme un facteur favorisant la survenue des éventrations post-opératoires. Son taux varie de 16 à 46% selon les séries [8,9]. Pour les laparotomies dont les suites ont été compliquées d'éventration, nous avons observé une prédominance de la voie d'abord médiane de 95,6% contre 59% des cas dans la série rapportée par Slim K et al [9]. Ces laparotomies antérieures s'étaient compliquées de suppuration pariétale dans 4,4 % des cas dans notre série contre 35% des cas rapportés par Slim K et al [9]. Ces complications infectieuses favorisent la survenue des éventrations post-opératoires. Leur prévention en diminuerait donc l'incidence.

L'antibioprophylaxie à large spectre doit être systématique pour toute mise en place de prothèse afin de diminuer le risque infectieux. Le matériel prothétique le plus utilisé a été dans 95,6% le Mersilène. Berrada S et al et Slim K et al [8,9] l'ont utilisé dans 100% des cas dans leurs séries.

L'espace d'insertion de la prothèse peut être sous-péritonéal, pré-péritonéal ou sous-cutané pour renforcer un plan musculo-aponévrotique ou pour combler un manque d'aponévrose [10,11]. Il convient d'éviter la mise en place sous-cutanée de la prothèse compte tenu du risque infectieux ainsi que le contact direct avec les anses intestinales source possible de complications [12,13]. C'est pourquoi nous avons donné la préférence chez 44 patients (97,8% des cas) au site pré-fascial retro-musculaire. Les règles de la mise en place de prothèse ont été respectées dont : utilisation de prothèse dépassant largement les contours de la perte de substance, protection des anses intestinales par une fermeture étanche du plan aponévrotique postérieur et péritonéal en arrière de la prothèse, isolement de la prothèse du plan cutané par une fermeture du plan aponévrotique antérieur chaque fois que cela est réalisable.

Nous avons placé deux drains, l'un en contact de la prothèse, l'autre en sous-cutané. Slim K [9] a implanté la prothèse en retro-musculaire dans 14% des cas et en intra-péritonéal dans 42% des cas. Dans notre série nous avons placé la prothèse en intra-péritonéal chez 2 patients soit 2,2% des cas. En France le site pré-péritonéal et le site retro-musculaire sont utilisés dans 25 à 75% des cas alors que le site intra-péritonéal ne

l'est que dans 5% des cas [14]. Les avantages du site intra-péritonéal sont : la simplicité de la technique, l'absence de dissection des plans intermédiaires évitant ainsi les décollements hémorragiques et un risque septique diminué. L'un de ses inconvénients est le risque d'occlusion par adhérence entre la prothèse et les viscères, ainsi que le risque de migration de la prothèse dans un organe creux avec survenue de fistule [14].

L'héparinothérapie post-opératoire ne nous semble pas indispensable et n'est utilisée dans notre série que chez des patients à haut risque. La mobilisation précoce est la règle chez tous nos patients. L'ensemble des auteurs s'accorde sur le fait que le résultat du traitement des éventrations post-opératoires par prothèse pariétale dépend directement surtout de la qualité de la technique utilisée. Chaque malfaçon ayant pour sanction une complication immédiate : hématome, sepsis, ou récurrence précoce [14]. La mortalité dans notre série a été nulle, elle a été de 0,6% dans la série de Bonnamy C [15]. Deux malades de notre série (4,4%) ont présenté un hématome ayant évolué favorablement sous simple drainage externe. Deux autres (4,4%) ont présenté une suppuration pariétale qui a bien évolué sous soins locaux et antibiothérapie. La fréquence des complications infectieuses est évaluée entre 3 et 14% selon les séries [2, 15]. Leur survenue n'impose pas toujours l'ablation du matériel prothétique. Les principales causes de suppuration pariétale sont : contamination locale liée à l'absence de préparation cutanée suffisante, défaut de fixation de la prothèse avec replis multiples, séquestrant une collection ou un hématome résiduel, cure d'éventration effectuée de façon prématurée après une première intervention septique. Avec un recul de 12 mois nous avons noté un cas de récurrence (2,2%). Le taux de récurrence varie en fonction des séries. En effet, il serait de 8 à 15% [2,3], contre 31 à 63% de récurrence de cure par suture simple [4].

CONCLUSION

Les éventrations abdominales post-opératoires sont une complication relativement fréquente. Leur cure par prothèse pariétale donne de meilleurs résultats par rapport à la cure par suture simple, surtout en termes de récurrence. Mais ceci exige que la technique soit maîtrisée et bien pratiquée. Les bons résultats obtenus dans notre étude doivent inciter les chirurgiens à sa pratique courante. Cependant il n'existe pas une technique de référence susceptible de répondre de façon satisfaisante à toutes les éventrations. Le chirurgien doit faire le choix de la procédure qui entraîne le moins de récurrence possible.

RÉFÉRENCES

1. Bouillot JL. Traitement des éventrations abdominales par prothèse de Dacron retromusculaire. *J Chir* 2004; 141 (4): 233-7.
2. Franklin ME, Gonzalez JJ, Glass JL. Laparoscopic ventral and incisional hernia repair. An 11-years experience. *Hernia* 2004; 8: 23-7.
3. Fourtanier G, Muscari F, Duffas JP, Succ B. La cure de l'éventration par laparoscopie : un gold standart. *Ann Chir* 2006; 131: 233-5.
4. Cheleta E, Thomas M, Tate B, Lemye AC, Dessily M. The suturing concept for laparoscopic mesh fixation in ventral and incisional hernia repair: mid-term analysis of 400 cases. *Surg Endoscopy* 2007; 21: 391-5.
5. J.-P. Lechaux, D. Lechaux, J.-P. Chevrel. Traitement des éventrations de la paroi abdominale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2004; 40-165 : 1-14
6. Chevrel JP. Chirurgie des parois de l'abdomen. Berlin : Springer-Verlag; 1985. P. 118-45.
7. Meyer C, Alexiou D, Calderoli H. Les matériaux de synthèse dans la cure des grandes éventrations abdominales, enseignement à propos de 73 observations. *Ann Chir* 1997 ; 31 : 221-8.
8. Berrada S, El Mouatacim, Kadiri B. Réparations prothétiques des éventrations post-opératoires. *Tunisie Médicale* 1995; 73 : 455-7.
9. Slim K, Ben T, Ben Slimene T, Largueche S, Khalfallah T, Ben Hamzaa K et al. Le traitement des éventrations post-opératoires de la paroi abdominale : intérêt de la prothèse de Mersilène. *Tunisie Médicale* 1989 ; 67 : 482-5.
10. Alexandre JH, Dupin PH. Traitement chirurgical des éventrations complexes de la paroi abdominale. *Med Chir Dig* 1993 ; 12 : 423-6.
11. Arnaud JP, Aprahamian M. Traitement des volumineuses éventrations de la paroi abdominale. *Rev Med* 1979; 12: 163-6.
12. Adloff M, Arnaud JP. Eventrations complexes. *Med Chir Dig* 1983; 12: 429-31.
13. Berrada S, Ismail R, Mokhtari M. Traitement chirurgical par plaque prothétique des éventrations post-opératoires. *Rev Maroc Med Santé* 1991 ; 13 : 54-5.
14. Bonnamy C, Samama G, Brefort Y, Le Roux G, Langlois. Résultats à long terme du traitement des éventrations par prothèse non résorbable intrapéritonéale (149 cas). *Ann Chir* 1999 ; 53 : 571-6.
15. Costalat G, Noil P, Vernhet J. Technique de cure d'éventration par prothèse pariétale fixée par agrafage métallique. *Ann Chir* 1991 ; 45 : 883-8.