



**VOLUMINEUSE EVENTRATION POSTOPERATOIRE ETRANGLEE.
A PROPOS D'UN CAS**

ZARE C¹, TRAORE I.A², BARRO D² SANON B G¹, OUEDRAOGO NL M³,
ZIDA M³, TRAORE S.S³

¹Service de Chirurgie Générale, CHU Sourou Sanou-Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

²Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Sourou Sanou-Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³Service de Chirurgie Viscérale, CHU Yalgado OUEDRAOGO (Burkina Faso).

Auteur correspondant : Dr ZARE Cyprien : Assistant en Chirurgie Générale à l'institut supérieur des sciences de la sante (INSSA) de l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso. Email : zcyprien@yahoo.fr Tél. : 00226 70 08 91 87 ; Fax : 00226 20 97 26 93

RESUME :

Nous rapportons une observation d'une volumineuse éventration postopératoire étranglée quia été opérée aux urgences viscérales du Centre Hospitalier Universitaire Sourou SANOU de Bobo-Dioulasso.

La cure herniaire a consisté après libération des adhérences, en une résection iléale avec anastomose iléo-iléale termino-terminale et une suture pariétale aidée d'une prothèse synthétique disposée en pré-musculo-préfascale. Malgré une réanimation efficace aux urgences et aux soins intensifs, le décès de la patiente est survenu au quatrième jour postopératoire.

L'amélioration de nos conditions de réanimation devrait permettre d'éviter ces complications postopératoires.

Mots clés : volumineuse éventration, étranglée, traitement chirurgical, ventilation artificielle.

SUMMARY:

Voluminous strangulated postoperative hernia about a case

We report a case of a voluminous strangulated postoperative incisional hernia which was operated in the visceral Emergency University Hospital Sourou Sanou of Bobo-Dioulasso. Hernia treatment consisted after release adhesions in ileal resection with anastomosis ileo-ileal end-to-end and helped a synthetic prosthesis disposed prémusculo-parietal prefascial suture. Despite an effective emergency resuscitation and intensive care, the death of the patient occurred in the fourth postoperative day. Improving our terms of resuscitation should avoid these postoperative complications.

Keywords: Voluminous hernia, strangulated, surgery, artificial ventilation

INTRODUCTION

Les éventrations représentent l'une des complications classiques de la chirurgie abdominale [1,2,3]. Leur risque est l'augmentation du volume viscéral hernié pouvant devenir monstrueux aboutissant à une éventration ayant perdu droit de cité. L'étranglement en est la complication aigue, rare, mais grave imposant une intervention en urgence [2]. Dans ce cas, l'absence d'une bonne préparation respiratoire préopératoire et d'un plateau technique de réanimation performant rendent le pronostic postopératoire péjoratif malgré une bonne maîtrise de la technique et le succès de la cure chirurgicale.

Une revue de la littérature nous a incités à présenter notre observation dans le but de préciser les difficultés thérapeutiques de cette affection au Centre Hospitalier Universitaire Sourou SANOU (CHUSS) de Bobo-Dioulasso.

OBSERVATION

S. D, 60ans, sexe féminin, ménagère, a été reçue le 2/7/2013 aux urgences chirurgicales du centre hospitalier universitaire Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), pour douleur abdominale diffuse évoluant depuis 2 jours.

L'interrogatoire a retrouvé une douleur abdominale d'apparition brutale, accompagnée de vomissement et d'un arrêt des matières et des gaz. Dans les antécédents, on a noté une laparotomie médiane il y a environ 10 ans, à laquelle a fait suite l'apparition d'une tuméfaction abdominale non douloureuse augmentant progressivement de volume et disparaissant en position couchée.

A l'examen physique, l'abdomen était le siège d'une cicatrice de laparotomie et d'une volumineuse masse protubérante, bilobée, douloureuse, séparée par la ligne médiane.

La partie latérale gauche de la tuméfaction avait 20 cm environ de grand axe, irréductible et non impulsive à la toux. Devant ce tableau, une volumineuse éventration postopératoire étranglée a été évoquée (photo1). En urgence, la patiente a été opérée sans aucune préparation en dehors de la réanimation (rééquilibrage hydro-électrolytique). La voie d'abord a été une médiane centrée sur la tuméfaction.



Photo1 : Volumineuse éventration étranglée

L'exploration a permis de mettre en évidence de multiples adhérences et des anses viables. Après libération de toutes les adhérences et dans l'impossibilité de réintégrer les anses herniées dans la cavité abdominale, il a été réalisé une résection iléale d'environ 01 mètre suivie d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale. La réfection pariétale a été effectuée par l'interposition d'une prothèse synthétique en pré-musculo-préfascale (photo 2).

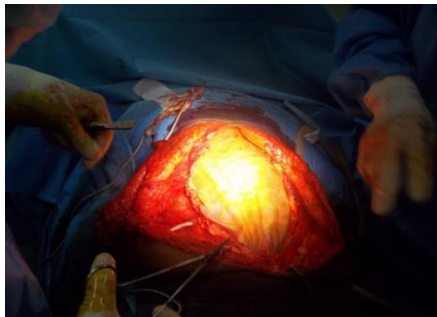


Photo2 : Suture de la prothèse prémusculo-préfascale

L'abdomen a été refermé avec succès et sans tension avec drainage de la paroi abdominale (photo 3). Les soins postopératoires ont consisté en la pose d'une sonde naso-gastrique, d'une sonde urinaire, la correction des troubles hydro-électrolytiques et en une antibiothérapie. Devant l'existence d'une polypnée à 35 cycles/mn, la patiente a été transférée en soins intensifs où une oxygénothérapie a été associée à la réanimation. Malgré cette réanimation, le décès de la patiente a été constaté au quatrième jour postopératoire dans un tableau de septicémie



Photo3 : Vue de la paroi abdominale après la cure

DISCUSSION

Les grandes éventrations sont en général définies uniquement par le diamètre de l'orifice pariétal supérieur ou égal à 10 cm de large, et les classifications, même les plus récentes, ne tiennent pas compte du volume viscéral extériorisé dans le sac de l'éventration [4,5, 6].

Il semble pour S. Lardiere-Deguelte et al [7] que pour certaines éventrations, ce n'est pas la taille du collet qui importe, mais plutôt le volume viscéral extériorisé. On parle de « perte de droit dedomicile » lorsqu'une partie des viscères abdominaux séjourne en permanence dans le sac [1,3].

Ces types d'éventrations constituent sur le plan général une véritable maladie systémique d'évolution sévère dominée par la maladie respiratoire [8]. Le risque de décompensation respiratoire survient après réintégration chirurgicale des viscères et remise en tension de la paroi [3,5].

C'est ce qui nécessite une bonne préparation générale de ces types de patients par un pneumopéritoine progressif-préopératoire (PPP) utilisé actuellement par la plupart des équipes chirurgicales [3,5].

Le pneumopéritoine progressif préopératoire doit être intégré dans le cadre d'une préparation respiratoire soignée avec kinésithérapie respiratoire active après sanglage de la paroi abdominale. Cette préparation permet une détente de la paroi abdominale avec un effet d'agrandissement de la cavité abdominale permettant la réintégration des viscères. La remise en pression progressive de la cavité abdominale permet de pratiquer une rééducation diaphragmatique pré opératoire. Enfin, le pneumopéritoine progressif préopératoire facilite la dissection des adhérences intra-sacculaires et intra-abdominales.

La technique du pneumopéritoine progressif préopératoire est une méthode ancienne décrite il y a 60 ans par I. Goni Moreno [9]. Son efficacité a été prouvée par S. Lardiere-Deguelte [7], pour augmenter le volume de la cavité abdominale chez les patients porteurs d'une éventration «géante». Cette technique n'est cependant pas utilisable en urgence notamment en cas d'étranglement où l'on est contraint à une véritable course contre la montre, exposant du même coup les patients au risque de syndrome respiratoire postopératoire.

En l'absence de cette technique dans notre milieu, nous avons pratiqué une résection intestinale permettant de diminuer le volume des anses herniées facilitant la réfection pariétale sans tension. Malgré une réanimation efficace en soins intensifs, le décès de la patiente a été constaté au quatrième jour postopératoire dans un tableau de septicémie et de détresse respiratoire. Le syndrome de détresse respiratoire serait la complication la plus fréquente dans les volumineuses éventrations [3, 5, 8]. L'ignorance de nos patients et le sous-développement de la population fait que ces grosses éventrations étranglées se voient de temps en temps dans nos milieux.

Dans la littérature, il n'a pas été noté de grosse éventration étranglée [2]. Certains auteurs préfèrent une ventilation artificielle postopératoire au pneumopéritoine progressif préopératoire [3, 10]. Dans tous les cas, nous n'avons pas l'expérience de ces deux méthodes dans nos conditions de travail. En l'absence de Pneumopéritoine progressif préopératoire et de ventilation artificielle, la cure de l'éventration postopératoire étranglée avec résection intestinale avec anastomose termino-terminale et la cure de la paroi abdominale associée au besoin à une prothèse, nous semble nécessaire.

Pour Rives J et al [8], le pneumopéritoine progressif préopératoire n'est pas dénué de tout risque et que c'est en cela qu'ils lui préfèrent une ventilation artificielle postopératoire. Cette

technique pourrait par conséquence être une alternative en cas de cure de volumineuse éventration étranglée. Pour Ott Vincent [10], même si le pneumopéritoine fait céder la rétraction des muscles abdominaux jusqu'à provoquer leur élongation temporaire et faciliter la réintégration des anses et leur maintien dans la cavité abdominale, de nos jours, grâce aux appareils à respiration assistée en pression positive, il préférerait garder au besoin le patient intubé pendant quelques jours. L'extubation se passe généralement sans difficulté. Il nous semble alors que l'évolution de notre patient aurait été favorable si elle avait elle avait bénéficiée d'une ventilation artificielle dès la sortie du bloc opératoire. Cette technique pourrait aux regards de ces critiques faites sur le pneumopéritoine progressif préopératoire, être une alternative en cas de cure de volumineuse éventration étranglée. Mais nous n'avons pas pu la réaliser compte tenu de nos conditions d'exercice limitées en matière de réanimation.

Avec un recul par rapport au décès de notre patient, il nous semble judicieux dans notre milieu, d'opter devant une volumineuse éventration cicatricielle étranglée pour le traitement en première intention de l'étranglement avec résection intestinale et en second temps la cure de l'éventration.

Conclusion

L'étranglement sur une volumineuse éventration postopératoire est rare. L'utilisation du Pneumopéritoine progressif préopératoire dont l'efficacité a été prouvée dans le traitement des volumineuses éventrations n'est malheureusement pas réalisable dans cette situation d'urgence. Nous pensons que la résection intestinale avec anastomose directe renforcée par une utilisation systématique de la ventilation artificielle dans nos conditions de travail pourrait en être une alternative dans le traitement des volumineuses éventrations étranglée

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Bouillot J.L., Pogoshian T., Corigliano N., Canard G., Veyrie N.** Management of voluminous abdominal incisional hernia *Journal of Visceral Surgery*. 2012;149(5):53-58
2. **Nieuwenhuizen J., Halm J. A., Jeekel J., Lange J.F.** Natural course of incisional hernia and indications for repair. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2007; 96: 293–296.
3. **Lechaux J.P., Lechaux D., Chevrel J.P.** Traitement des éventrations de la paroi abdominale. *Encyclopédie Médico-chirurgicale*. 2004 :40-165.
4. **Muysoms F.E., Miserez M., Berrovoet F., Campanelli G., Champault G.G., Chelala E.** Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009 ; 13:407-14
5. **Palot J.P., Deguelte S., Appere F.** Que faire lorsque le contenu de l'éventration a perdu droit de cité en intra-abdominal. : FCC : Eventrations : situations difficiles. 2012 ; 18

6. **Breuing K., Butler CE., Ferzoco S., Franz M., Hultman CS., Kilbridge JF., Rosen M., Silverman RP, Vargo D.** Ventral Hernia Working Group, et al. Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery*. 2010; 148(3):544-58
7. **Lardière-Deguelte S., Appéré F., Goia AV., Marcus C., Flament JB., Delattre JF., Palot JP.** Efficacité du pneumopéritoine progressif préopératoire dans le traitement des grandes éventrations: évaluation volumétrique par tomodensitométrie. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2010 ; 9 (2): 103-106.
8. **Rives J., Pire J.C., Flament J.B., Palot J.P.** Les grandes éventrations. In : Chevrel JP, ed. *Chirurgie des parois de l'abdomen*. Paris : Springer verlag, 1985 ; 118-145.
9. **Moreno I.G.** Ewentration cronic agigante preparada con pneumo peritoneoy operada. Informe preliminar. Buenos Aires. 1940 ; Congreso Aehentino Cirurgia : XXII
10. **Ott V.** Cures d'éventration avec renforcement par un filet de mercilène en position préperitoneale. Thèse. Université de Genève. Faculté de médecine, Section de médecine clinique, Département de chirurgie.2003.