

CAS CLINIQUE
VOLUMINEUSE EVENTRATION POSTOPERATOIRE ETRANGLEE
A PROPOS D'UN CAS

VOLUMINOUS STRANGULATED POSTOPERATIVE HERNIA
ABOUT A CASE

ZARE C⁽¹⁾, TRAORE IA⁽²⁾, SANON B G⁽¹⁾, ZIDA M⁽³⁾, TRAORE S. S⁽³⁾

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

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

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

Auteur correspondant : Dr ZARE Cyprien

Assistant en Chirurgie Générale INSSA Bobo-dioulasso. Burkina Faso.

Tél. : 00226 70 08 91 87 ; Fax : 00226 20 97 26 93 - Email : zcyprien@yahoo.fr

Résumé

Introduction : L'étranglement d'une volumineuse éventration est une complication aigue, rare et grave.

Observation : S.D. âgée de a été admise en urgence pour une volumineuse éventration étranglée. Elle a bénéficié en urgence d'une résection iléale suivie d'une pariétoplastie prothétique pré-musculo-préfascale. Résultat : L'impossibilité d'une pratique du pneumopéritoine progressif préopératoire (PPP) ajoutée au plateau technique de réanimation moins performant ont conduit au décès de notre patiente au 4^e jour post-opératoire dans un tableau de pneumopathie. **Conclusion** : Devant une volumineuse éventration cicatricielle étranglée, il nous semble judicieux de traiter dans en première intention l'étranglement et en second temps l'éventration elle-même.

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

Summary

Introduction: The constriction of a large hernia is an acute complication, rare and serious.

Observation: SD was admitted urgently to a large hernia strangled. She received emergency ileal resection followed by a pre-musculo-prefasciale prosthetic pariétoplastie. Result: The impossibility of practicing progressive preoperative pneumoperitoneum (PPP) added to the technical platform resuscitation less efficient leading to the death of our patient the 4th postoperative day in an array of pneumonia. **Conclusion:** In front of a large incisional hernia strangulated, it seems appropriate to treat in first intension strangulation and second time the hernia itself.

Keywords: large incisional 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 aiguë, rare, mais grave imposant une intervention en urgence [1]. Dans ce cas, l'absence d'une bonne préparation respiratoire pré-opératoire et d'un plateau technique de réanimation performant rendent le pronostic post-opératoire péjoratif malgré une bonne maîtrise de la technique et le succès de la cure chirurgicale. Le but de notre travail est d'illustrer les difficultés de la prise en charge post-opératoire d'une volumineuse éventration étranglée dans un hôpital universitaire d'Afrique Subsaharienne et de mener une discussion sur la prise en charge des complications respiratoires post-opératoire à travers une revue de la littérature.

OBSERVATION

S.D, âgée de 60 ans, sexe féminin, ménagère, a été reçue le 2/7/2013 aux urgences chirurgicales du Centre hospitalier universitaire Sanou Souro 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 cicatricielle étranglée a été évoquée (figure 1). La patiente a bénéficié en urgence d'une cure d'éventration sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale. L'impossibilité de réintégrer les anses herniées et la perte importante de substance musculo-aponévrotique, ont conduit à la réalisation d'une résection iléale avec anastomose iléo-iléale termino-terminale.

La réfection pariétale a été effectuée par une pariéto-plastie prothétique pré-musculo-préfascial (figure 2). L'abdomen a été refermé avec succès et sans tension avec drainage (figure 3). Les soins post-opératoires ont été dans un premier temps assurés en hospitalisation dans le service de chirurgie par manque de lit disponible en réanimation. Au premier jour postopératoire, les suites opératoires ont été marquées par l'installation d'une polypnée à 35 cycles/min.

La patiente a été transférée en réanimation au deuxième jour post-opératoire où une oxygénothérapie au masque à haute concentration a été instituée par faute de respirateur disponible. Le décès de la patiente est survenu au quatrième jour post-opératoire dans un tableau de pneumopathie.

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 Lardière-Deguelte et al [4] 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 de domicile » lorsqu'une partie des viscères abdominaux séjourne en permanence dans le sac [2,4].

Ces types d'éventrations constituent sur le plan général une véritable maladie systémique d'évolution sévère dominée par la maladie respiratoire [7]. Le risque de décompensation respiratoire survient après réintégration chirurgicale des viscères être mise en tension de la paroi [4,8]. C'est ce qui nécessite une bonne préparation générale de ces types de patients par un pneumopéritoine progressif-préopératoire (PPP) utilisé actuellement par la plus part des équipes chirurgicales [2,4].

Le pneumopéritoine progressif pré opératoire 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 préopératoire. Enfin, le pneumopéritoine facilite la dissection des adhérences intra-sac-

culaires et intra-abdominales. La technique de PPP est une méthode ancienne décrite il y a 60 ans par Goni Moreno I. [9]. Son efficacité a été prouvée par Lardièrre-Deguelte et al [4], 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 post-opératoire. C'est la complication que notre patiente a présenté au premier jour post-opératoire. Nienwenhuizen et al [1] ont rapporté que les études qui se sont intéressées aux éventrations, n'indiquent aucune donnée sur les complications respiratoires postopératoires. Ils ont conclu que l'effet d'une grande éventration et sa réparation sur la fonction respiratoire pré et postopératoire demeure inconnue. Notre conduite à tenir par rapport à cette complication respiratoire a été l'hospitalisation de notre patiente en réanimation avec oxygénation. Le manque de lit disponible le jour même de l'opération nous a amenés à garder la patiente dans le service de chirurgie. Le retard des soins en réanimation a été probablement un facteur péjoratif ayant conduit au décès de notre malade. Pour Rives et al, le pneumopéritoine progressif pré-

opératoire n'est pas dénué de tout risque et que c'est en cela qu'ils lui préféreraient une ventilation artificielle postopératoire [8]. Pour Ott [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 passait généralement sans difficulté. Cette technique pourrait aux regards de ces critiques faites sur le PPP, 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 et en second temps la cure de l'éventration.

CONCLUSION

La prise en charge d'une volumineuse éventration cicatricielle étranglée dans notre milieu doit se faire en deux temps

REFERENCES

1. J Nieuwenhuizen, JA halm, J Jeekel, JF Lange. Natural course of incisional hernia and indications for repair. *Scandinavian Journal of Surgery* 2007; 96: 293-296.
2. S Lardièrre-Deguelte, F Appéré, AV Goia, C Marcus, JB Flament, JF. Delattre et al. Efficacité du pneumopéritoine progressif préopératoire dans le traitement des grandes éventrations : évaluation volumétrique par tomодensitométrie. *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2010 ; 9 (2) : 103-106.
3. JL Bouillot, T Pogoshian, N Corigliano, G Canard, N Veyrie. Management of voluminous abdominal incisional hernia. *Journal of Visceral Surgery* 2012; 149(5): 53-58.
4. JP.Palot, S.Deguelte, F Appere. Que faire lorsque le contenu de l'éventration a perdu droit de cité en intra-abdominal. *Eventration situations difficiles* 2012 ;FCC :18.
5. K Breuing, CE Butler, S Ferzoco, M Franz, CS Hultman, JF Kilbridge et al. Incisional ventral hernias : review of the literature and recommandations regarding the grading and technique of repair.*Surgery* 2010; 148(3):544 58.
6. FE Muysoms, M Miserez, F Berrovoet, G Campanelli, GG Champault, E Chelala et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia* 2009; 13:407 14.
7. J Rives, JB Llament, J PPalot. Les grandes éventrations. In : Chevrel JP, ed. *chirurgie des parois de l'abdomen*. Paris : Springer verlag, 1985 ; 118-145.
8. JP Lechaux, D Lechaux, JP.Chevrel : Traitement des éventrations de la paroi abdominale. *Encyclopédie Médico-chirurgicale* 2004 : 40-165.
9. IG Moreno. Eventration cronicagigantepreparada con pneumoperitoneoyopérada. Informe preliminar. Buenos Aires. 1940 ; CongresoAehentinoCirurgia : XXII
10. V Ott : Cures d'éventration avec renforcement par un filet de mercilène en position préperitonéale. Université de Genève, Faculté de médecine, Section de médecine clinique, Département de chirurgie Thèse :2003.



Figure 1 : Volumineuse éventration étranglée

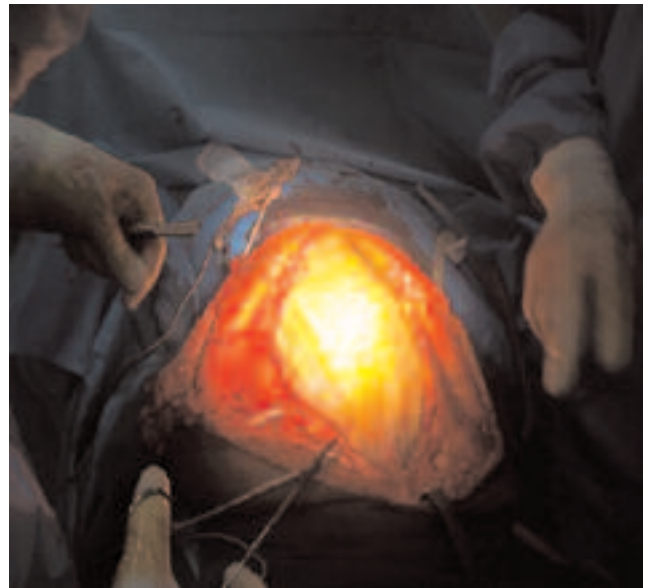


Figure 2 : Suture de la prothèse prémusculo-pré-fasciale



Figure 3 : Vue de la paroi abdominale après la cure