

Eventrations parastomiales

Journée de DESC - SCVO - Angers
13 janvier 2005

Milène ISAMBERT
Guillaume MEURETTE

DEFINITION

Eventration liée à une stomie abdominale.

DIAGNOSTIC

Clinique : examen couché / debout sans appareillage
toucher stomial
asymptomatique +++,
parfois dlr, épisodes occlusifs intermittents,
difficultés d'appareillage, lésion cutanée (iléostomies).



DEFINITION

Eventration liée à une stomie abdominale.

DIAGNOSTIC

Clinique : examen couché / debout sans appareillage
toucher stomial
asymptomatique +++,
parfois dlr, épisodes occlusifs intermittents,
difficultés d'appareillage, lésion cutanée (iléostomies).

Contenu : épiploon, grêle, côlon, estomac

Complications rares : strangulation, perforation, occlusion

Imagerie (TDM) : si histoire évocatrice sans preuve clinique
ou examen difficile



EPIDEMIOLOGIE

En général dans les premières années, possible 20 ans après

Iléostomie¹ :

terminale : 1,8 - 28,3 %

latérale : 0 - 6,2 % (le plus souvent temporaire)

Colostomie² :

terminale : 4 - 48,1 %

latérale : 0 - 30,8 %

→ **COMPLICATIONS : ???**

¹*Dis Colon Rectum 1994;37:916-20*

²*Br J Surg 1994;81:727-29*

PREVENTION : ?

Facteurs techniques : ?

- ✓ Taille de l'orifice aponévrotique : 100% si > 3 cm, 0% si < 2 cm $p < 0.001$
 - ✓ Trajet sous-péritonéal ?
 - ✓ Plaque d'emblée ?
 - ✓ Localisation : trans- / para- rectale, trans-incisionnelle
Fixation à l'aponévrose
Consultation stomathérapeute préopératoire
Chirurgie programmée / urgente
- } ns

Facteurs de risque généraux : id aux autres hernies

+++ présence d'autres hernies ou éventrations associées

TRAITEMENT (1)

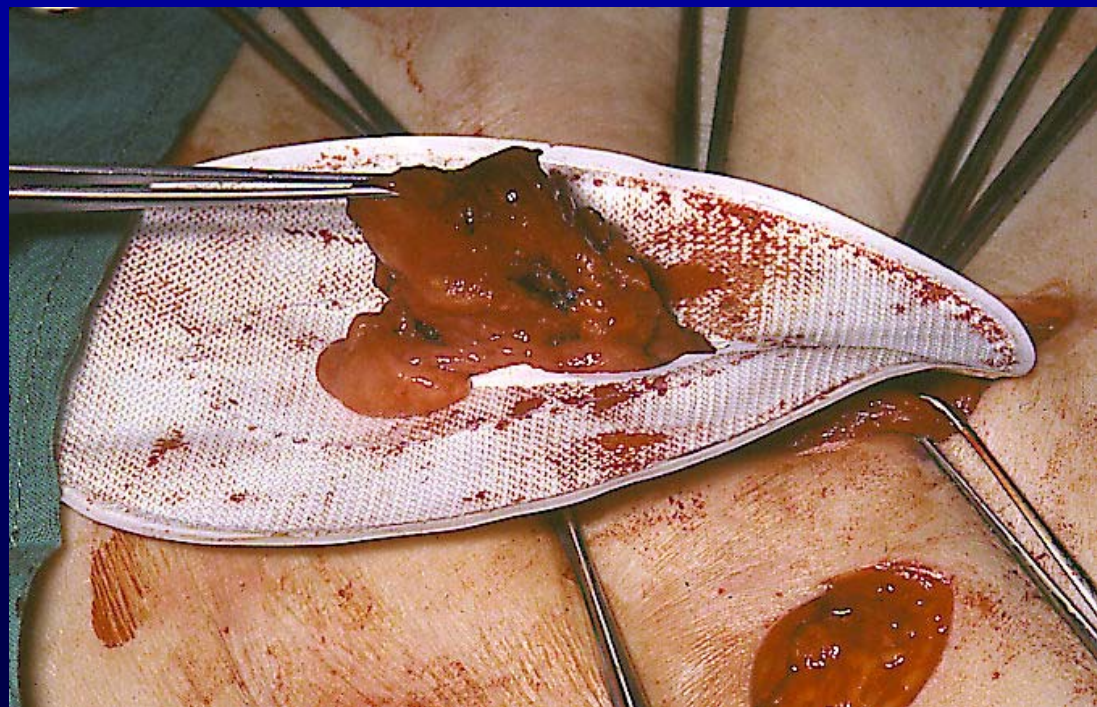
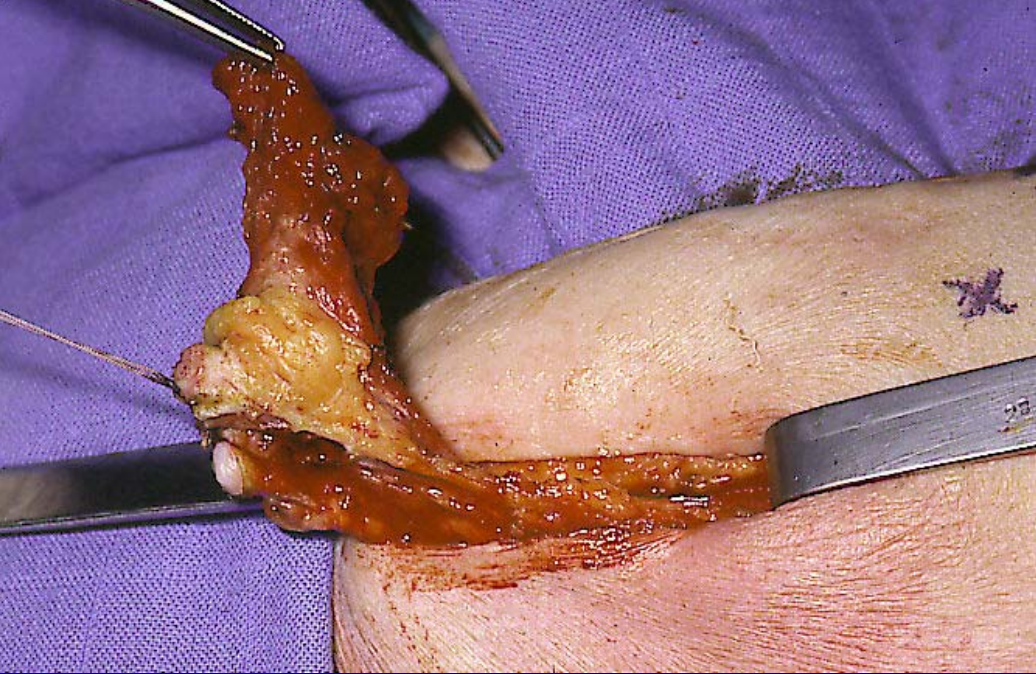
Abstention chirurgicale la plupart du temps, sauf :

complication sévère (strangulation, occlusion, perforation)
éventration **symptomatique** : dlr, difficulté d'appareillage, esthétique
cure d'une **autre pathologie** associée (sténose, prl)

Récidives +++ (cure chirurgicale souvent décevante)

15 % sont opérées : 3 possibilités :

Réparation tissulaire locale : raphie aponévrotique
Transposition de stomie
Plaqué (laparotomie ou coelioscopie)



TRAITEMENT (2)

	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<i>Raphie</i>	<ul style="list-style-type: none">- Simplicité, faible morbidité- Evite 1 laparotomie majeure- Conserve la stomie initiale	<ul style="list-style-type: none">- Echec +++ : récid 46 - 100 %- Pas sur récurrence d'éventration
<i>Transposition</i>	<ul style="list-style-type: none">- ↓ Récidives	<ul style="list-style-type: none">- Laparotomie souvent- Limitée par atcd- Morbidité- Eventration locale 8-52%
<i>Plaqué</i>	<ul style="list-style-type: none">- ↓↓↓ Récidives- Réparations simultanées	<ul style="list-style-type: none">- +/- laparotomie- Infection / plaqué- Erosion TD / plaqué- Occlusion / adhérences

TRAITEMENT (3)

PLAQUES : → *En attente d'évaluation* +++++

Voies : laparotomie majeure
laparotomie locale
coelioscopie
locale extrapéritonéale

Localisations : intrapéritonéale
prépéritonéale
extrafasciale
entre grand droit et aponévrose postérieure

Type : polypropylène
polytétrafluoroéthylène
composite

RECIDIVES

Fréquentes +++ :

✓ Après raphie anastomotique : 46 - 100 %

✓ ↓ Après transposition de stomie :

¹Rubin (18 pt) : 36 % récidives après transposition
vs 76 % après raphie p<0,01

²Allen Mersh (21 pt): 57 % récidives après transposition sur un autre site
vs 86% sur le même site

³Cheung (19 pt) : 100 % de récidives si ttt par laparo majeure
vs 60 % sans laparotomie

✓ ↓↓↓ Après réparation par plaque ?

... Complexité de la prise en charge thérapeutique !!!

¹Arch Surg 1994;129:413-419

²Br J Surg 1988;75:416-418

³Dis Colon Rectum 2001;44:266-270

CONCLUSION

Fréquentes ...

... mais histoire naturelle et complications sont *mal connues*

Facteurs de risque et techniques opératoires ...

... *pas de vraie réponse*

Le plus souvent **non chirurgicales** ...

... **récidives** +++ quand elles sont opérées

trajet extrapéritonéal ?

plaque préventive ?

coelioscopie ?

La meilleure cure reste... la **remise en continuité**!!!