

Classification des évenements- Bilan de prise en charge

Stéphanie Darras

DESC Angers

Jeudi 13 Janvier 2005

DEFINITION

- Pertes de substance, réelles ou virtuelles, de la paroi musculo-aponévrotique
- Dans les suites d'une laparotomie
- « incisional hernias »
- Complication précoce ou tardive (0,5% à 11%) (Itani 2004 Am J Surg)
- Facteurs favorisants
 - ◆ **infection post-opératoire +++**
 - ◆ **Aao** (Liapis 2004 Am Surg)
(Luijendijk RW 2000 N Engl J Med)
(Burger 2004 Ann Surg),
 - ◆ **Sd de Marfan** (Silen 2004 Lancet).

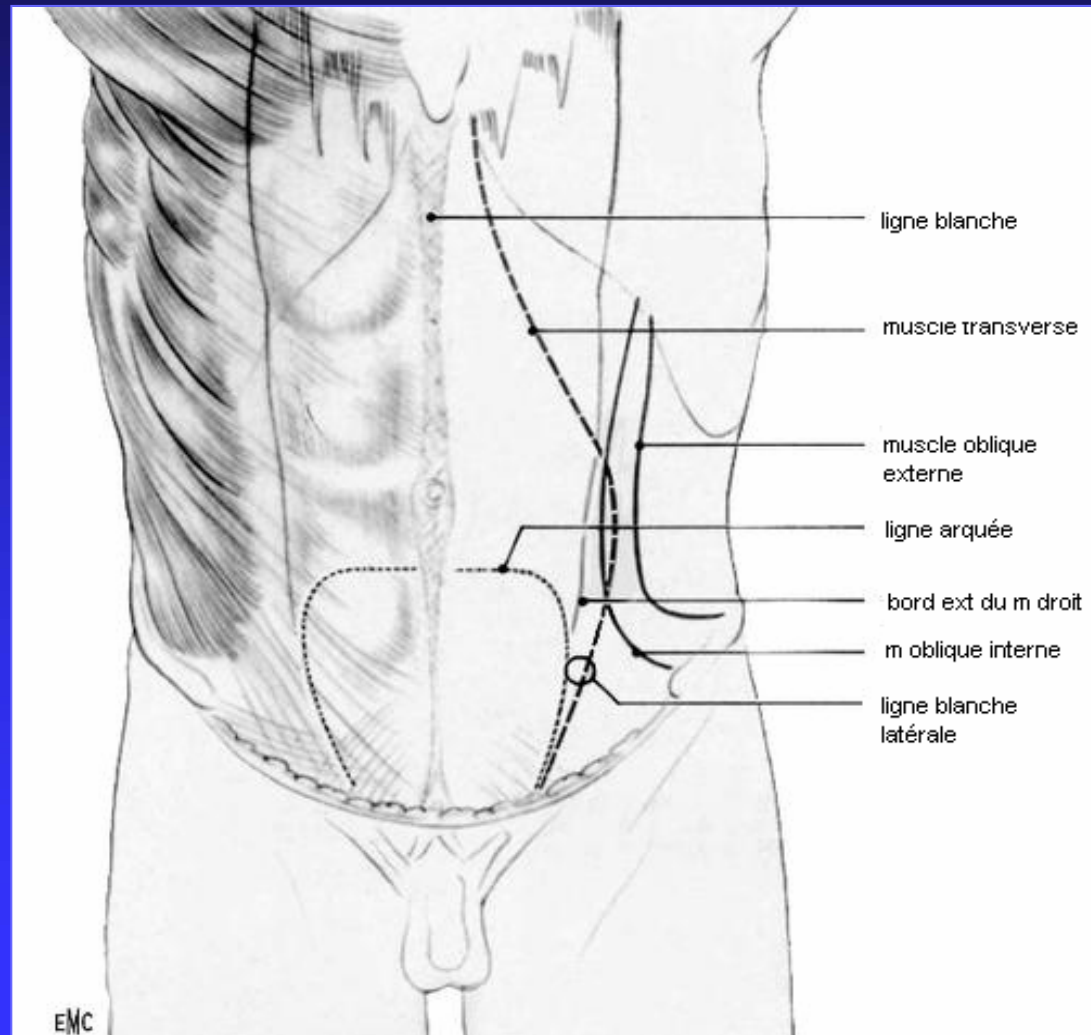
CLASSIFICATION

(Korenkov 2001 Langenbecks)

(Chevrel 2000 Hernia)

- Localisation
- Taille
- Symptômes
- Récidives
- Autres facteurs (O'Dwyer PJ 2003 Surgeon)
(Hoër 2002 Chirurg)
 - ◆ âge (>45 ans), **anémie préop (Hb <10g/dl)**, **malnutrition**, **obésité (BMI >25)**, **pathologies systémiques (cancer, insuff cardiaque chronique)**, stéroïdes, radiothérapie
 - ◆ Technique de fermeture pariétale initiale, complications (sepsis, infection de paroi)

Paroi abdominale antérieure



CLASSIFICATION/localisation (Chevrel 2000 Hernia)

■ Paroi abdominale antéro-latérale

◆ **Éventration médiane (M) (77,5% AFC 1990)**

- ◆ M1:év supraombilicale
- ◆ M2:év juxtaombilicale
- ◆ M3:év sousombilicale
- ◆ M4:év xypho-pubienne (pb anat spécif) (Conze 2004 Hernia)

◆ **Éventration latérale (L) (17% AFC 1990)**

- ◆ L1:év souscostale
- ◆ L2:év transverse
- ◆ L3:év iliaque
- ◆ L4:év lombaire

→ **Pas différence significative dans la qualité des résultats**

■ Autres localisations

- ◆ Év juxtastomiale (7 à 11% AFC 1990)
- ◆ Ev sur orifices de trocars (Loriau 2002 Ann Chir)
 - ◆ Incidence au moins > 1%
 - ◆ Localisations: données contradictoires
 - ◆ Type de trocart > ou = à 10mm, manipulation, trocart coupant > trocart conique
- fermeture péritoine de tout orifice > ou = à 10 mm
- ◆ Év sur Pfannenstiel (0 à 2% Lechaux 2004 EMC)
- ◆ Év périnéale (0,5 à 1% Villar 2002 Ann Chir)
- ◆ Év sur incision latérale paramédiane: la + rare (Gilbert 1987 Br J Surg)
(O'Dwyer 2003 Surgeon)

Grande éventration



CLASSIFICATION/taille

- « Plus que la longueur, c'est la largeur de la brèche qui en détermine la gravité et la difficulté de réparation » (Lechaux 2004 EMC) (Chevrel 2000 Hernia)
 - ◆ W1: largeur < 5 cm = petite
 - ◆ W2: 5-10 cm = grande
 - ◆ W3: > ou = 10-15 cm = très grande
 - ◆ W4: > 15 cm = géante
- **Intérêt pour bilan état général (éventration-maladie générale)**
si taille > ou = 10 cm : risque sd compartiment abdominal
surtout si éventration fixée (2ème abdomen)
- **Pas intérêt pour choix du ttt** (Chevrel 2000 Hernia) (Burger 2004 Ann Surg) (Lechaux 2004 EMC)
prothèse non résorbable (taux de récurrence < 10%)
- **Intérêt pour type d'anesthésie** (ALR si petite taille et siège péri ou sous-ombilical)

CLASSIFICATION/récidives

■ Récidives infectées (AFC 1990)

- ◆ Infections chroniques le plus souvent
- ◆ Risque de phlegmon pariétal(diabétique+++)

■ Nombre de récurrence (Chevrel 2000 Hernia)

- ◆ R-:pas de récurrence
- ◆ R1:première récurrence
- ◆ R2:deuxième récurrence...

⇒ Pas de conséquence significative sur les résultats quel que soit le nbre de récurrences antérieures

⇒ si év >15cm ET R+ : tx significativement + élevé de récurrences

CLASSIFICATION/symptômes (AFC 1990)

■ Interrogatoire

- ◆ **Gêne fonctionnelle et retentissement sur l'activité**
- ◆ **Douleur ou non**
 - ◆ **Accident évolutif**
 - **Étranglement (collet étroit,douleur)**
 - Occlusion intestinale par strangulation
 - Nécrose intestinale puis perforation dans le sac:phlegmon pyostercoral)
 - **Engouement (indolore)**
 - ◆ **Lésion sous-jacente évolutive(cancer,appendicite,cholécystite...)**
Si ouverture viscérale nécessaire => PAS DE PROTHESE

■ Inspection: état de la peau

- ◆ **Ulcère trophique (3%)**
- ◆ **Fistule intestinale**
- ◆ **Rupture de l'éventration en éviscération (« burst abdomen »)**

BILAN DE PRISE EN CHARGE

OBJECTIFS

- Traitement adapté au terrain
- Traitement adapté au type d'éventration
- Éviter les récurrences
- Cas particulier de l'urgence chirurgicale mettant en jeu le pronostic vital à court terme: BILAN MINIMAL
 - ◆ Syndrome occlusif
 - ◆ Nécrose intestinale
 - ◆ Complications cutanées

BILAN DE PRISE EN CHARGE

PREPARATION GENERALE

- **Bilan biologique** => équilibrage de pathologies chroniques
 - ◆ Diabète
 - ◆ Malnutrition, anémie (Chevrel 2000 Hernia)
- **Bilan cardio-respiratoire**
 - ◆ ECG
 - ◆ **EFR**: détecter insuffisance respiratoire latente (hypoxie relative, désaturation, diminution du volume de réserve expiratoire)
 - ◆ **Préparation respiratoire +/-**
- **Allergie** : antibioprophylaxie (Céporéxine 2 g à l'induction), curare
- **Obésité**: études contradictoires concernant intérêt baisse **BMI**

BILAN DE PRISE EN CHARGE

PREPARATION LOCALE

■ Bilan de l'état cutané abdominal

- ◆ Étalement et désinfection des plis
- ◆ Détersion des lésions de folliculite

■ Bilan de l'état cutané en regard de l'éventration: ulcération trophique

- ◆ Désinfection
- ◆ Traitement chirurgical en deux temps
 - ◆ Exérèse de la peau pathologique avec suture cutanée en zone saine
 - ◆ Ttt éventration différé

BILAN DE PRISE EN CHARGE

PREPARATION ABDOMINALE

■ Bilan d'imagerie

- ◆ **Chez obèse:**TDM +++ (AFC 1990)

(ex clinique difficile pour déterminer taille collet, contenu du sac)

- ◆ **Éventration symptomatique:**TDM

(recherche d'une lésion viscérale profonde)

- ◆ **Éventration lombaire:**TDM (Salameh 2004 JSLS)

- ◆ **Eventration périnéale:**TDM et IRM (Villar 2003 Ann Chir)

- ◆ **Doute sur orifices de trocart:**échographie ou TDM (Loriau 2002 Ann Chir)

- Pneumopéritoine thérapeutique pré-opératoire peu utilisée=> pariétoplastie prothétique sans tension+/-ventilation artificielle postop

CONCLUSION

■ OBJECTIFS DE LA CLASSIFICATION

- ◆ Permettre études plus puissantes sur éventrations et registre
- ◆ Proposition traitement (Chevrel 2000 Hernia)

■ OBJECTIFS DU BILAN

- ◆ Éviter mortalité post-opératoire par insuffisance respiratoire
- ◆ Éviter morbidité due à l'infection responsable de récurrences
- ◆ Faire le bilan des facteurs favorisants

BIBLIOGRAPHIE

- Lechaux JP, Lechaux D, Chevrel JP. Traitement des éventrations de la paroi abdominale. EMC 2004; 40-165.
- Itani KM et al. Repair of incisional hernia: the design of a randomized trial to compare open and laparoscopic surgical techniques. Am J Surg 2004 Déc; 188(6A Suppl): 22-9.
- Chan G, Chan CK. A review of incisional hernia repairs :preoperative weight loss and selective use of the mesh repair. Hernia 2004 Oct 19.
- Burger JW, Luijendijk RW et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. Ann Surg 2004 Oct; 240(4): 578-585.
- Langer C, Schaper A et al. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience. Hernia 2004 Jul 29.
- Conze J, Prescher A et al. Technical consideration for subxiphoidal incisional repair. Hernia 2004 Jul 15.
- Liapis CD, Dimitroulis DA et al. Incidence of incisional hernias in patients operated on for aneurysm or occlusive disease. Am Surg 2004 Jun; 70(6): 550-552.
- Silen W, Kashyap AS, Anan KP, Kashyap S. Inguinal and incisional hernias. Lancet 2004; 363: 83-84.
- Salameh JR, Salloum EJ. Lumbar incisional hernias: diagnostic and management dilemma. JSLS 2004 Oct-Déc; 8(4): 391-394. [Abstract]
- Loriau J, Manaouïl D, Verhaeghe P. Coelioscopie: les éventrations sur orifice de trocars. Ann Chir 2003; 127: 252-256.
- O'Dwyer PJ, Courtney CA. Factors involved in abdominal wall closure and subsequent incisional hernia. Surgeon 2003 Feb; 1(1): 17-22.
- Kingsnorth A, Le Blanc K. Hernias: inguinal and incisional. Lancet 2003; 362: 1561-71.
- Villar F, Frampas E, Mirallié E et al. Eversionnement périnéale après proctectomie. Diagnostic et prise en charge. Ann Chir 2003; 128: 246-250.
- Hoër J et al. Factor influencing the development of incisional hernia. A retrospective study of 2983 laparotomy patients over a period of 10 years. Chirurg 2002; 73: 474-480.
- Korenkov M et al. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an experts' meeting. Langenbecks Arch Surg 2001 Feb; 386(1): 65-73.
- Chevrel JP, Rath AM. Classification of incisional hernias of the abdominal wall. Hernia 2000; 4: 7-11.
- Luijendijk RW et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. N Engl J Med 2000; 343: 392-398.
- Pans L et al. Long-term results of polyglactin mesh for the prevention of incisional hernias in obese patients. World J Surg 1998; 22: 479-483.
- Chevrel JP, Flament JB. Les éventrations de la paroi abdominale. Rapport présenté au 92ème congrès français de chirurgie Paris: Masson, 1990; 170.
- Gilbert JM et al. Peritoneal closure after lateral paramedian incision. Br J Surg 1987; 74: 113-115.

- ◆ 1A ou 2A: herniorraphie /matériel non résorbable + incision de décharge
- ◆ 1B ou 2B: autoplastie type Welti-Eudel + prothèse rétromusculaire préfasciale
- ◆ 3 et 4: prothèse

A=première récursive

B=plusieurs récursives

type
1 (w<5cm) A ou B
2 (W:5-10cm) A ou B
3 (W:10-15cm) A ou B
4 (W>15cm) A ou B