

Cure chirurgicale des éventrations : Indications respectives et résultats de la laparotomie et de la laparoscopie

DESC Angers

Janvier 2005

ML Barussaud, F Luyckx, JC Le Néel (Nantes)

Introduction

- Les éventrations compliquent 2 à 10% de toute chirurgie abdominale *Rev Prat 2003; 53 : 1670-82*
- Toutes les éventrations ne sont pas des indications opératoires +++
- Il existe différentes sortes d'éventration suivant les parois concernées :
 - Éventrations de la paroi antéro-latérale (les plus fréquentes)
 - Éventrations lombaires
 - Éventrations diaphragmatiques
 - Éventrations périnéales

Événtrations antérieures et latérales

- **Les événtrations médianes** constituent 75% de ces événtrations (seules abordées)
- **Méta analyse** de 54 articles (*Cassar K. Br J Surg 2002; 89 : 534-545*) de 1981 à 2001, de 10 à 407 patients avec un suivi variant de 14 à 120 mois. Taille de l'événtration non systématisée. Seulement 2 études prospectives.
- **Il existe 3 grands types de réparation :**
 1. Raphie simple (sans plaque) par chirurgie ouverte
 2. Mise en place d'une prothèse par chirurgie ouverte +/- associée à une raphie
 3. Mise en place d'une prothèse par laparoscopie

Facteurs à prendre en compte dans le choix de la technique de réparation

- Age et fragilité du patient, activité physique, antécédents chirurgicaux (cœlioscopie)
- Taille de l'éventration et qualité de la paroi
- Facteurs de risque de récurrence :
 - Infection de paroi +++
 - Prostatisme
 - Anévrisme abdominal
 - Constipation chronique
 - BPCO, tabagisme

=> Déterminer la balance bénéfice-risque

1. Réparation par raphie simple par chirurgie ouverte

- **Historique** : seule méthode jusqu'au début des années 60
- **Grande variabilité de technique** mais pas de différence démontrée
- **8 séries** : de 1985 à 1998, 667 patients (10-154) avec suivi de 342 mois (14-120). Toutes techniques et taille confondues.
- **Complications** :
 - Problèmes pariétaux: infections de paroi, hématomes, nécrose cutanée : de 10 à 44%
 - Rares séromes
 - Mortalité (3%), complications respiratoires (44%)
 - Thromboses...

Réparation par raphie simple par chirurgie ouverte (suite)

- Taux de récurrence : de 0 à 49% (biais: petites séries...)
- Indication :
 - Limitée
 - Réservée à des petits défauts pariétaux réparables sans tension
 - Patients sans facteurs de risque de récurrence

2. Mise en place d'une prothèse par chirurgie ouverte

- **Historique** : introduction de la prothèse vers 1960
- **Grande variabilité de technique et de prothèse** mais pas de différence démontrée ni pour l'une ni pour l'autre
- **14 séries** : de 1981 à 2001, 1192 patients (10-250), suivi de 545 mois (17-84), différentes techniques.
- **Complications** :
 - Infections de paroi, hématomes : 0 à 24%
 - Fistules (après dissection grêle) (0 à 3%)
 - Séromes : 0 à 14% (pas de différence avec drains +++)
 - Mortalité (2%), complications respiratoires (2%)
 - Douleurs : 0 à 28% (fixation en tension?)

Mise en place d'une prothèse par chirurgie ouverte (suite)

- Taux de récurrence :
 - Entre 0 et 10%
- Comparaison plaque/suture simple en chirurgie ouverte :
 - 1 prospective (2000) : 97 bras suture / 84 bras plaques, 26 mois de suivi, Récurrence : 46% versus 23%
 - Nette diminution du taux de récurrence après plaque
- **Indication** : à préférer à la suture simple chaque fois que possible

3. Mise en place d'une prothèse par laparoscopie

- **Historique** : introduction dans les années 90
- **14 séries** : de 1996 à 2001, 1431 patients (11-407) avec suivi de 300 mois (7-51), toutes avec plaque intra-péritonéale sans résection de sac
- **Complications** :
 - Infections de paroi : 0 à 6%
 - Fistules (après dissection grêle) 0 à 6%
 - Séromes : 0 à 32%
 - Mortalité (1%), complications respiratoires (1%)
 - Événtrations sur orifices de trocart (1%)
 - Ileus, hématomes, douleurs ...

Mise en place d'une prothèse par laparoscopie (suite)

- **Taux de récurrence :**
 - Entre 0 et 9%
- **Comparaison plaque cœlio/laparotomie : 6 études**
 - 1 prospective (1999): 30 patients par bras, 27 mois de suivi, récurrence 7% (laparo) / 0% (cœlio)
 - taux de récurrence équivalent, durée de séjour moins longue après cœlioscopie
- **Indication :** recommandée en première ligne de traitement, si impossible, mise en place d'une plaque par laparotomie

Conclusion

- **Le taux de récurrence** est nettement diminué après la pose d'une plaque, que ce soit par laparotomie ou par coelioscopie
- **Les indications :**
 - Les sutures simples doivent être limitées aux petits défauts pariétaux sans tension
 - La mise en place d'une prothèse doit être effectuée si possible par coelioscopie, sinon par laparotomie.
- **Le traitement des grandes éventrations (> 20 cm)** nous paraît difficile par coelioscopie

Conclusion (2)

Éventration médiane chirurgicale



