

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°

MEMOIRE

**EVENTRATIONS POST-OPERATOIRES :
ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET
THERAPEUTIQUE DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE A DU CHU DU POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le / /2024

Par : **Dr Mamadou T. KEITA**

Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Chirurgie Générale

JURY

Président : Mr. Drissa TRAORE (Professeur)

Membre : Mr. Koniba KEITA (Maitre de conférences)

Directeur : Mr. Sidiki KEITA (Maitre de conférences)

Table des illustrations

Liste des figures

Figure 1: Répartition selon le sexe	23
Figure 2: Répartition selon la provenance.....	24
Figure 3 : Répartition selon la nationalité	25
Figure 4 : Répartition selon la classification ASA	29
Figure 5 : Répartition selon le type d'anesthésie	32
Figure 6 : Image d'une évévation post opératoire sus ombilicale	55
Figure 7 : Cure d'une évévation par mise en place de prothèse	55
Figure 8 : Prothèse rétomusculaire pour évévation médiane en chirurgie A au CHU du point G.....	56

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition selon l'âge	23
Tableau II : Répartition selon la profession	24
Tableau IV : Répartition selon le mode de recrutement	25
Tableau V : Répartition selon le motif de consultation	26
Tableau VI : Répartition selon la durée d'évolution de la maladie.....	26
Tableau VII : Répartition selon la douleur	26
Tableau VIII : Répartition selon le type de douleur	27
Tableau IX : Répartition selon les complications.....	27
Tableau X : Répartition selon le trouble du transit intestinal	27
Tableau XI : Répartition selon les troubles respiratoires	28
Tableau XII : Répartition selon les facteurs favorisants.....	28
Tableau XIII : Répartition selon les antécédents médicaux	28
Tableau XIV : Répartition selon les antécédents chirurgicaux	29
Tableau XV : Répartition selon les antécédents obstétricaux.....	29
Tableau XVI : Répartition selon l'IMC	30
Tableau XVII : Répartition selon l'expansion de la tuméfaction.....	30
Tableau XVIII : Répartition selon le diamètre de la tuméfaction	30
Tableau XIX : Répartition selon le diamètre du collet.....	31
Tableau XX : Répartition selon le siège du collet.....	31
Tableau XXI : Répartition selon le siège de l'événement	31
Tableau XXII : Répartition selon la réalisation de l'échographie.....	32
Tableau XXIII : Répartition selon le type de cure réalisée	32
Tableau XXIV : Répartition selon les techniques de cure prothétique n=49	33
Tableau XXV : Répartition selon la durée de l'intervention	33
Tableau XXVI : Répartition selon la durée d'hospitalisation	33
Tableau XXVII : Répartition selon la catégorie d'hospitalisation	34
Tableau XXVIII : Répartition selon les données de la prothèse	34
Tableau XXIX : Tableau croisé type de chirurgie et complications post-opératoires.....	35
Tableau XXX : Tableau croisé type de cure et durée d'hospitalisation.....	35

Table des matières

Sommaire

Liste des figures.....	3
Liste des tableaux	4
Sommaire.....	6
Sigles et abréviations.....	9
1- Introduction :.....	11
2- Objectifs :.....	14
□ Général.....	14
□ Spécifiques.....	14
3- Méthodologie :.....	16
3.1- Type et période d'étude :.....	16
3.2- Cadre d'étude :.....	16
3.3- Population d'étude :.....	16
3.4- METHODES ;	16
3.5- Protocole opératoire :.....	17
4. Résultats :.....	23
4.1- Fréquence hospitalière :.....	23
4.2- Données sociodémographiques	23
4.3- Données cliniques	25
4.4- Données Paracliniques.....	32
4.5- Traitement.....	32
4.6- Evolution :.....	34
5. Commentaires et discussion :.....	37
5.1- Critique de la méthodologie :	37
5.2- Fréquence :.....	37
5.3- Données sociodémographiques :	37
5.4- Données cliniques :.....	37
5.5- Traitement :.....	38

5.6- Morbidité et mortalité :.....	40
5.7- La durée d'hospitalisation :	40
6. Conclusion :	42
7. Recommandation :	43
8. Références :.....	45
Annexes :.....	49
Fiche signalétique :.....	54

Sigles et abréviations

Sigles et abréviations

ASA: American Society of Anesthesiologist

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

DES : Diplôme d'étude de spécialisation

EPO : Eventration postopératoire

F : Femme

Fig : Figure

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

H : Homme

HAS : Haute Autorité de Santé

HI : Hernie inguinale

HLB : Hernie de la ligne blanche

HO : Hernie ombilicale

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPOMS : Indice de Performance de l'Organisation Mondiale de la Santé

Mn : Minute

p : Probabilité

TDM : Tomodensitométrie

INTRODUCTION

1- Introduction :

L'événement post opératoire est sans doute la complication tardive la plus fréquente de la chirurgie abdominale à ciel ouvert, se définissant comme une protrusion viscérale sous cutanée au niveau d'une zone affaiblie mais non systématisée de la paroi antérieure ou latérale de l'abdomen, d'origine postopératoire [1].

Inesthétique, gênante, douloureuse parfois, voir dangereuse, elle est souvent grevée d'une morbidité non négligeable, survenant chez 2 à 8 % des laparotomies [1].

Le diagnostic est essentiellement clinique, et impose une sanction chirurgicale. Les principaux facteurs favorisant leur apparition sont la survenue d'une suppuration pariétale, une reprise trop précoce des activités physiques, la dénutrition, l'obésité, l'immunodépression.... [2].

L'étranglement est la principale complication avec un risque de nécrose viscérale.

Le traitement des événements est essentiellement chirurgical, soit par raphie simple soit par pariétoplastie prothétique, les deux associés ou non à une abdominoplastie. Selon les études, le taux de récurrence des événements est fréquent avec les techniques de cure chirurgicale par raphie simple. Il est de l'ordre de 37 à 50%, tandis qu'il serait de l'ordre de 10% après une cure par prothèse [3]. La coeliochirurgie constitue une approche minimement invasive de plus en plus utilisée dans la prise en charge des événements post-opératoires, permettant une meilleure récupération, une réduction de la douleur et un retour plus rapide à l'activité quotidienne pour les patients mais peut courante dans notre contexte [3].

Mais la chirurgie des événements a évolué avec la reconnaissance du phénomène de « perte de substance » et l'évaluation des troubles physiologiques que cette complication entraîne. C'est pourquoi de nombreux chirurgiens, depuis l'arrivée sur le marché de matériaux prothétiques inertes il y a une trentaine d'années, ont choisi d'opérer certaines événements par l'incorporation d'un «filet» non résorbable, en comptant sur l'importante fibrose qu'il induit pour renforcer la paroi. Cela a permis de réduire les récurrences [4].

Les principales techniques de la chirurgie prothétique pariétale abdominale sont envisagés ainsi que leurs différents sites d'implantation : rétro-musculaire, intra-péritonéal et pré-musculaire

L'usage des prothèses dans leur prise en charge est devenu le Gold Standard du traitement [5].

Au Sénégal, la pariétoplastie prothétique tend progressivement à être le traitement de référence [6].

Au Mali, en 2022 une étude réalisée dans le service de Chirurgie A du CHU du Point G sur l'utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales avait rapportée 57 cas d'événements post opératoires et ont tous bénéficié d'une pariétoplastie prothétique [7].

Très peu d'études ont porté spécifiquement sur l'événement post opératoire dans ses aspects diagnostique et thérapeutique.

C'est pour cette raison que nous avons envisagé de faire le point sur les différentes techniques chirurgicales utilisées en Chirurgie "A" au CHU du Point G devant une évènement post opératoire.

OBJECTIFS

2- Objectifs :

❖ Général

Étudier les aspects diagnostique et thérapeutique des événements post opératoire dans le service de chirurgie A du CHU du Point G.

❖ Spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence
- ✓ Décrire les aspects diagnostiques
- ✓ Décrire les aspects thérapeutiques.
- ✓ Analyser les suites opératoires.

METHODOLOGIE

3- Méthodologie :

3.1- Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant du 1^{er} Janvier 2012 au 1^{er} Janvier 2022 ; Soit une durée de 10 ans.

3.2- Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie A du CHU du Point G

3.3- Population d'étude :

➤ Echantillonnage :

Pendant la période d'étude, nous avons procédé à un recrutement exhaustif des dossiers de patients répondant aux critères d'inclusion.

➤ Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude tous les patients opérés pour éventration postopératoire avec cure prothétique ou non.

➤ Critères de non inclusion :

- Les cas d'événements traumatiques
- Les patients dont les dossiers médicaux n'étaient pas exploitables ou non retrouvés

3.4- METHODES ;

3.4.1. Support des données :

Les supports des données ont été :

- Les dossiers médicaux,
- Les registres d'hospitalisation,
- Les registres de comptes rendu opératoires
- Les fiches d'enquête préétablies,

3.4.2. Traitement des données :

Les données ont été collectées, vérifiées, et saisies sur Microsoft Excel 2013 puis vérifiées des erreurs de saisie corrigées. Les données ont ensuite été transportées sur le logiciel IBM SPSS version 22 pour l'analyse.

Le traitement de texte du rapport final ont été saisi sur Microsoft Word 2013. Le test statistique utilisé a été le test de Khi 2. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

3.4.3. Ethique :

L'anonymat des patients a été respecté. Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu pour tout geste.

3.5- Protocole opératoire :

a. La préparation du malade :

a. 1. Anesthésie :

Les évènements postopératoires traités par pariétoplastie prothétique ont tous été effectués sous anesthésie générale et celles traitées par raphie simple, sous anesthésie locorégionale, générale, ou locale. Un protocole anesthésique et un appareil d'anesthésie étaient donc nécessaires. La consultation d'anesthésie préopératoire a été réalisée chez les patients après un bilan préopératoire. Elle a permis d'établir un protocole d'anesthésie selon la classe ASA du patient.

La classification A.S.A. est faite comme suit :

- ✓ ASA I : Patient normal ;
- ✓ ASA II : Patient avec anomalie systémique modérée ;
- ✓ ASA III : Patient avec anomalie systémique sévère ;
- ✓ ASA IV : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante ;
- ✓ ASAV : Patient moribond dont la survie est improbable sans intervention ;
- ✓ ASA VI : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.

a.2. Information du malade :

Cette information est importante car elle permet d'avoir un consentement libre et éclairé de chaque patient. Le chirurgien se doit de donner à son malade dans une expression simple, intelligente et loyale le maximum d'information : description succincte de la procédure d'intervention, ses avantages et inconvénients.

b. Instrumentation :

- L'instrumentation utilisée pour la cure d'événement postopératoire comporte :
 - ✓ 1 pince porte tampon
 - ✓ 4 pinces fixes champs
 - ✓ 1 pince à disséquer avec griffes
 - ✓ 1 pince à disséquer sans griffes
 - ✓ 1 paire de ciseaux à disséquer courbe
 - ✓ 1 paire de ciseaux droits
 - ✓ 1 paire d'écarteur de Farabeuf
 - ✓ 6 pinces hémostatiques
 - ✓ 2 pinces de Kocher
 - ✓ 1 pince en cœur

- ✓ 2 pinces de Chaput
- ✓ 1 porte aiguille
- ✓ 1 manche de bistouri
- ✓ 1 lame de bistouri
- ✓ 1 agrafeuse à usage unique (facultatif)

c. Procédures techniques :

- **Technique de réparation à ciel ouvert des EPO (Événement postopératoire) par pariétoplastie prothétique :**

L'implantation des prothèses pariétales est réalisée selon quatre sites anatomiques,

Nous avons de la profondeur à la superficie :

- Site intrapéritonéal
- Site pré péritonéal
- Site retro musculaire préfascial
- Site pré musculo-aponévrotique

- **Implantation intrapéritonéal :**

La prothèse est de forme ovale et de taille adaptée à la brèche pariétale en dépassant les limites de 5 à 8 cm. La face antérieure de l'aponévrose ayant été libérée du tissu sous cutané jusqu'à la ligne axillaire, l'une des berges saisie par une forte pince, est mise en tension et soulevée. De longues aiguilles serties de fil non résorbable 0 ou 00 transfixient la paroi musculo-aponévrotique de dehors en dedans à proximité de la ligne blanche externe, puis chargent un large ourlet de la prothèse et traversent à nouveau la paroi de dedans en dehors à un centimètre du point d'entrée. La fixation commence par le point cardinal latéral et progresse vers les pôles laissés libres. Tous les points sont passés avant serrage. Après fixation d'un côté, la prothèse est implantée de la même manière du côté opposé. Le niveau latéral de fixation et le degré de tension sont appréciés en rapprochant les deux berges sur la ligne médiane. L'excédent prothétique est réséqué. Le réglage final de la tension est achevé par le passage et le serrage des points d'ancrage polaire. Les sutures transfixiantes peuvent être remplacées par un agrafage automatique (Pariéfix, Versatac). Il est toujours possible de recouvrir la prothèse en suturant soit les bords de l'événement à l'aide éventuellement d'un procédé de relaxation, soit les lambeaux fibreux du sac conservés de part et d'autre. Le drainage aspiratif au contact des prothèses intrapéritonéales n'est pas justifié.

- **Implantation pre-péritonéal (Stoppa) :**

Elle n'est applicable qu'aux événements sous-ombilicales, sous-arquées ou la séreuse est facilement clivable.

Il consiste en l'apposition à la face profonde de la paroi, au-devant du péritoine, d'une prothèse souple débordant très largement les limites de la brèche pariétale dans le but de renforcer le péritoine et de créer une adhérence pariétoprothétique équivalent d'une néo paroi.

▪ **Implantation rétro-musculaire préfasciale (Rives) :**

Dans cette technique applicable aux événements sus-arcués, la prothèse est implantée entre le corps musculaire des muscles droits et le feuillet postérieur de la gaine. Elle est suturée au niveau de la ligne blanche externe.

Technique :

La gaine aponévrotique est ouverte au bistouri à proximité de la berge de l'événement jusqu'à identifier les fibres musculaires. L'incision est prolongée en haut et en bas aux ciseaux jusqu'aux limites de l'événement. L'aponévrose postérieure mise en tension est facilement clivée du corps musculaire qui est récliné et soulevé par des écarteurs jusqu'à atteindre la ligne blanche externe reconnaissable aux pédicules vasculo-nerveux qu'il convient de respecter.

Après dissection identique du côté opposé, la cavité péritonéale est fermée par suture des berges aponévrotique et/ou des lambeaux du sac de l'événement à l'aide de points séparés de fil non résorbable. La prothèse choisie pour sa souplesse et son grammage léger, de taille et de forme adéquate sont étalés dans l'espace rétro-musculaire. Elle est fixée par des fils non résorbable espacés d'environ 25 mm au niveau de la ligne blanche externe en évitant les pédicules vasculo-nerveux. La suture du plan aponévrotique antérieur, à points séparés en commençant par les extrémités est possible avec ou sans procédé de relaxation pariétale. Un drainage aspiratif par un ou deux tubes de Redon au contact de la prothèse est nécessaire.

▪ **Implantation prémusculo-aponévrotique :**

Le principe est de renforcer par une prothèse une réparation pariétale par suture et autoplastie. Dans la technique de Chevrel, après autoplastie en paletot, la prothèse dépasse de 5 cm de chaque côté la perte de substance, fixée par quatre surjets de fil non résorbable à sa périphérie. L'encollage favorise l'adhérence immédiate de la prothèse. Le drainage aspiratif par deux tubes de Redon, voire d'avantage, et la contention abdominale par bandage pendant 4 à 6 semaines permettent de diminuer la fréquence des sérum sous-cutanés, facteurs de risque infectieux.

➤ **Technique de réparation à ciel ouvert des EPO (Événement postopératoire) par raphie simple (Paletot) :**

Cette technique est utilisée surtout pour les événements postopératoires de moins de 5 cm de collet et dans les situations d'urgence (étranglement)

Technique :

La technique de cure d'événement selon Paletot est une méthode chirurgicale utilisée pour traiter l'événement, une condition où une hernie abdominale se forme après une intervention chirurgicale, notamment une laparotomie, ou à la suite d'une faiblesse dans la paroi abdominale. Cette technique a été développée par le chirurgien français **Paletot** au XIX^e siècle et a été une avancée majeure dans le traitement de l'événement, notamment les cas où il y avait une ouverture importante de la paroi abdominale après une chirurgie ou une blessure.

Voici une description détaillée de la technique de la cure d'événement selon Paletot :

❖ **Incision et exposition du site herniaire :**

- Prise en charge initiale : le patient est placé sous anesthésie générale.
- Une incision est réalisée sur la peau au niveau du site de l'événement afin d'exposer l'abdomen et la hernie.
- Si l'événement est une complication d'une chirurgie antérieure (par exemple, après une laparotomie), les adhérences entre les tissus cicatriciels et les organes peuvent être disséquées.

❖ **Réduction de la hernie :**

- Réduction des organes : une fois la hernie exposée, les organes (souvent des intestins ou d'autres structures abdominales) qui ont prolapsé à travers la paroi sont délicatement réintroduits dans la cavité abdominale.
- Si nécessaire, les tissus internes peuvent être mobilisés pour faciliter cette réduction.

❖ **Renforcement de la paroi abdominale :**

- Suture ou fermeture directe : selon la taille de l'ouverture et les tissus disponibles, la paroi abdominale est suturée. Paletot proposait de renforcer cette paroi à l'aide de sutures solides et profondes, créant ainsi une réparation plus robuste.
- Renfort par des tissus voisins : dans certains cas, la technique de Paletot implique d'utiliser des tissus adjacents pour renforcer la paroi abdominale, en utilisant des lambeaux de muscles ou des plis de la peau pour offrir une meilleure solidité.

❖ **Fermeture de la peau et suivi postopératoire :**

- Une fois la paroi réparée, la peau est fermée avec des sutures ou des agrafes.

Un suivi postopératoire minutieux est essentiel pour surveiller la guérison, prévenir les infections et vérifier la présence de toute récurrence éventuelle de la hernie.

3.6- Classification des éventrations [8]:

3.6.1- classification/localisation : paroi abdominale antéro-latérale

➤ **Éventration médiane (M)**

- M1= Éventration supra ombilicale ;
- M2 = Éventration juxta ombilicale ;
- M3 = Éventration sous ombilicale ;
- M4= Éventration xypho-ombilicale.

➤ **Éventration latérale (L)**

- L1= Éventration sous costale ;
- L2= Éventration transverse ;
- L3 = Éventration iliaque ;
- L4 = Éventration lombaire.

3.6.2- classification/taille :

Plus que la longueur c'est la largeur de la brèche qui détermine la gravité et la difficulté de réparation d'une EPO.

- W1= petite (largeur inférieure à 5 cm)
- W2 = moyenne (5-10 cm)
- W3 = grande (10-15 cm)
- W4 = géante (supérieure 15 cm).

RESULTATS

4. Résultats :

4.1- Fréquence hospitalière :

Pendant la période d'étude 3728 patients ont été opérés dans le service toutes pathologies confondues. Parmi ces patients, nous avons colligé 58 cas d'événement post-opératoire soit 1,5% de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées.

4.2- Données sociodémographiques

4.2.1- l'âge :

Tableau I : Répartition selon l'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage (%)
15 à 29	8	13,8
30 à 44	20	34,5
45 à 59	10	17,2
60 et plus	20	34,5
Total	58	100,0

Les tranches d'âge de 30 à 44 ans et 60 ans et plus ont été les plus représentées avec 34,5%.

L'âge moyen a été de 39,5 ans.

4.2.2- Le sexe

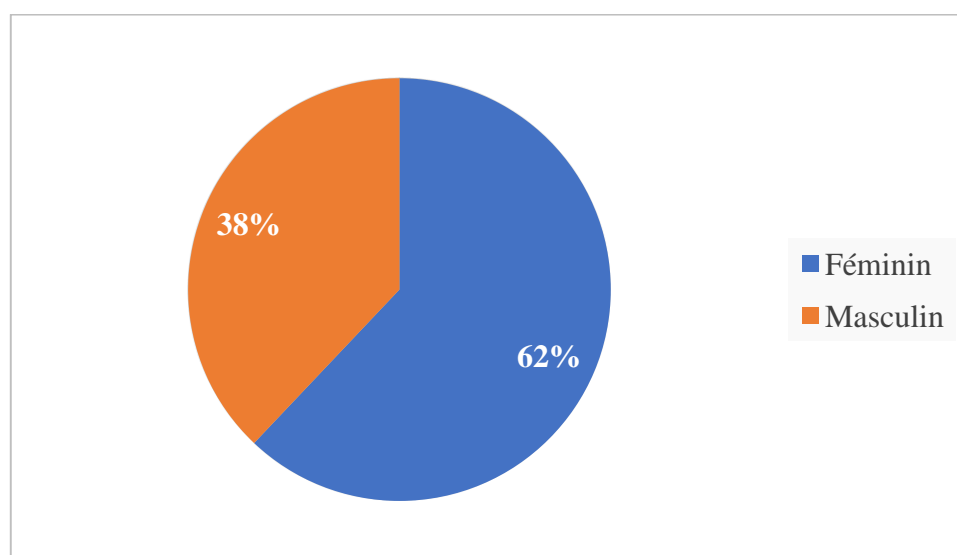


Figure 1: Répartition selon le sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec 62% des cas. Le sex-ratio M/F était de 0,6.

4.2.3- La Profession :

Tableau II : Répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Cultivateur	3	5,2
Elèves/Etudiants	1	1,7
Fonctionnaire	13	22,4
Ménagère	26	44,8
Tailleurs/ Chauffeurs	8	13,8
Si autre a préciser	7	12,1
Total	58	100,0

Les ménagères ont été les plus représentées avec 44,8% des cas.

4.2.4- La provenance :

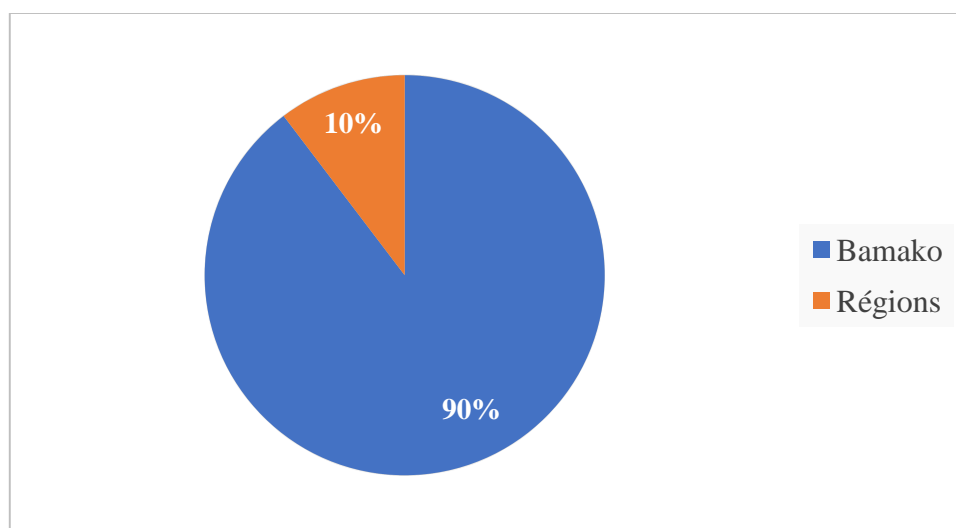


Figure 2: Répartition selon la provenance

Les patients résidaient à Bamako dans 90% des cas.

4.2.5- La Nationalité :

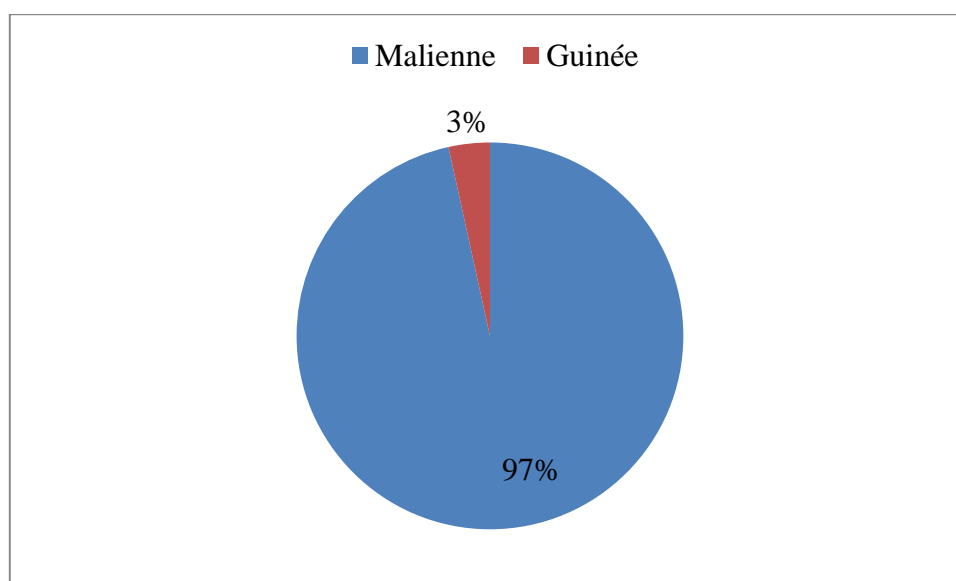


Figure 3 : Répartition selon la nationalité

4.3- Données cliniques

4.3.1- Mode de recrutement :

Tableau III : Répartition selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Fréquence	Pourcentage (%)
Adressé(e) par un infirmier	3	5,2
Adressé(e) par un médecin	26	44,8
Consultation externe	3	5,2
Venu de lui même	26	44,8
Total	58	100,0

Les patients était adressés par un médecin dans 44,8% des cas.

4.3.2- Motif de consultation :

Tableau IV : Répartition selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage (%)
Tuméfaction en regard de la cicatrice médiane sus et sous ombilicale	46	79,3
Tuméfaction lombaire	1	1,7
Tuméfaction sous ombilicale	1	1,7
Tuméfaction sus ombilicale	10	17,2
Total	58	100,0

Le principal motif de consultation était la tuméfaction en regard de la cicatrice médiane sus et sous ombilicale avec 79,3% des cas.

4.3.3- Durée d'évolution de la maladie :

Tableau V : Répartition selon la durée d'évolution de la maladie

Durée d'évolution de la maladie	Fréquence	Pourcentage (%)
1 mois	2	3,4
12 mois	5	8,6
3 mois	20	34,5
6 mois	17	29,3
Supérieur à 12mois	14	24,1
Total	58	100,0

La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 10.05 mois.

4.3.4- La Douleur :

Tableau VI : Répartition selon la douleur

Douleur	Fréquence	Pourcentage (%)
Aucune	42	72,4
Intermittente	15	25,9
Permanente	1	1,7
Total	58	100,0

La douleur était absente dans 72,4% des cas.

Tableau VII : Répartition selon le type de douleur

Type de douleur	Fréquence n=16	Pourcentage (%)
Brulure	2	12,5
Piqûre	10	62,5
Torsion	4	25
Total	16	100,0

La douleur était à type de piqûre dans 62,5% des cas de douleur.

Tableau VIII : Répartition selon les complications

Complications	Fréquence	Pourcentage (%)
Absente	50	86,2
Engouement	5	8,6
Etranglement	3	5,2
Total	58	100,0

Les signes de complications étaient absents dans 86,2% des cas.

Tableau IX : Répartition selon le trouble du transit intestinal

Trouble du transit intestinal	Fréquence	Pourcentage (%)
Absent	44	75,8
≤ 3 jours	5	8,6
>3jours	9	15,5
Total	58	100,0

Les troubles du transit étaient absents dans 75,8% des cas.

Tableau X : Répartition selon les troubles respiratoires

Troubles respiratoires	Fréquence	Pourcentage (%)
Aucun	56	92,5
Dyspnée	1	1,7
Toux	1	1,7
Total	58	100,0

Les troubles respiratoires étaient absents dans 92,5% des cas.

Tableau XI : Répartition selon les facteurs favorisants

Facteurs favorisants	Fréquence N=58	Pourcentage (%)
Constipation chronique	5	8,6
Infections de la paroi	16	27,6
Obésité	2	3,4
Activités physiques	10	17,2
autre	1	1,7

L'infection de la paroi était le facteur le plus retrouvé soit 27,6 % des cas.

Tableau XII : Répartition selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Aucun	44	75,9
Diabète	2	3,4
Hypertension artérielle	9	15,5
Si autre a préciser	2	3,4
Tuberculose	1	1,7
Total	58	100,0

Les patients étaient sans ATCD médicaux dans 75,9% des cas.

Tableau XIII : Répartition selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Césarienne	3	5,2
Appendicectomie	4	6,9
Laparotomie médiane sus et sous ombilicale	51	87,9
Total	58	100,0

Les patients avaient un ATCD de Laparotomie sus et sous ombilicale dans 87,9% des cas.

Tableau XIV : Répartition selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Fréquence (N=35)	Pourcentage (%)
Multipare	19	54,2
Nullipare	6	17,2
Primipare	10	28,6
Total	35	100,0

Les multipares ont représenté 54,2%.

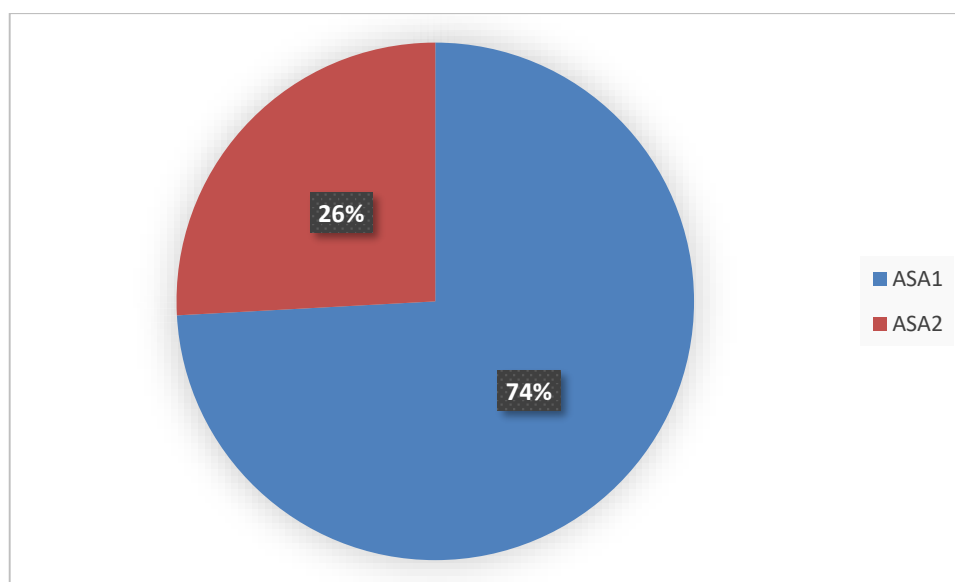


Figure 4 : Répartition selon la classification ASA

Tableau XV : Répartition selon IMC

Indice de masse corporelle	Fréquence	Pourcentage (%)
Normal	33	56,9
Obésité	12	20,7
Obésité morbide	1	1,7
Surpoids	12	20,7
Total	58	100,0

L'indice de masse corporelle était normal dans 56,9%.

Tableau XVI : Répartition selon l'expansion de la tuméfaction

Expansion de la tuméfaction	Fréquence	Pourcentage (%)
Non	5	8,6
Oui	53	91,4
Total	58	100,0

Tableau XVII : Répartition selon le diamètre de la tuméfaction

Diamètre de la tuméfaction	Fréquence	Pourcentage (%)
<5cm	15	25,9
6-10cm	16	27,6
11-20cm	17	29,3
Supérieur à 20 cm	10	17,2
Total	58	100,0

Le diamètre de la tuméfaction était compris entre 11 et 20 cm dans 29,3% des cas.

Tableau XVIII : Répartition selon le diamètre du collet

Diamètre du collet	Fréquence	Pourcentage (%)
<5cm	21	36,2
6-10 cm	16	27,6
11-20cm	13	22,4
Supérieur à 20 cm	8	13,8
Total	58	100,0

Le diamètre du collet était inférieur à 5 cm dans 36,2% des cas.

Tableau XIX : Répartition selon le siège du collet

Siège du collet	Fréquence	Pourcentage (%)
FID	4	6,9
Lombaire	3	5,2
Ombilical	2	3,5
Sous ombilical	6	10,3
Sus et sous ombilical	33	56,9
Sus ombilical	10	17,2
Total	58	100,0

Le collet siégeait en sus et sous ombilical dans 56,9% des cas.

Tableau XX : Répartition selon le siège de l'événement

Siège de l'événement	Fréquence	Pourcentage (%)
FID	4	6,9
Lombaire	3	5,2
Ombilical	2	3,4
Sous ombilical	6	10,3
Sus et sous ombilical	33	56,9
Sus ombilical	10	17,3
Total	58	100,0

L'événement siégeait en sus et sous ombilicale dans 56,9% des cas.

4.4- Données Paracliniques

Tableau XXI : Répartition selon la réalisation de l'échographie

Echographie abdomino-pelvienne	Fréquence	Pourcentage (%)
Non réalisée	5	8,6
Réalisée	53	91,4
Total	58	100,0

L'échographie était réalisée dans 91,4% des cas.

4.5- Traitement

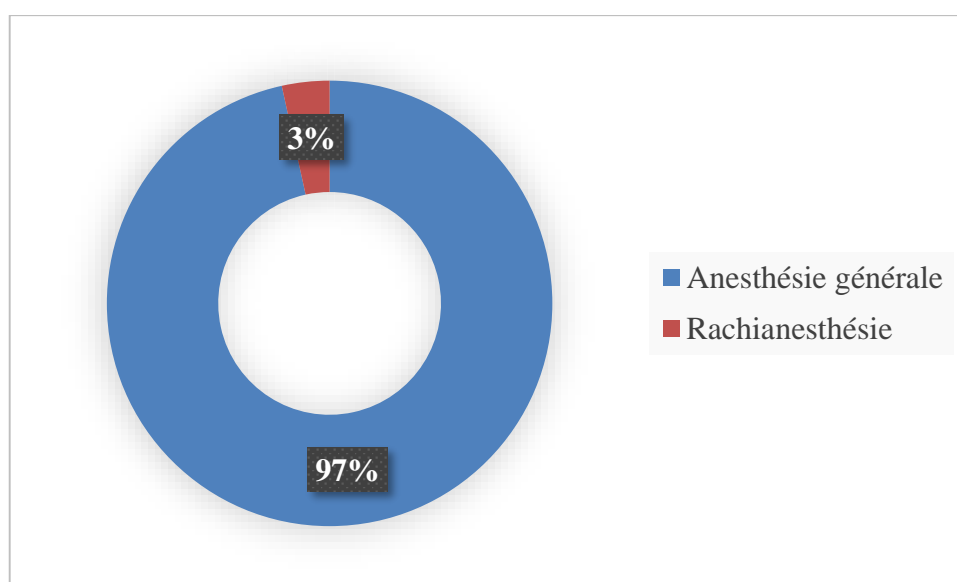


Figure 5 : Répartition selon le type d'anesthésie

Tableau XXII : Répartition selon le type de cure réalisée

Types de cure	Fréquence	Pourcentage (%)
Prothétique	41	84,5
Raphie simple/ Paletot	9	15,5
Total	58	100,0

La cure prothétique a représenté 84,5% des cas.

Tableau XXIII : Répartition selon les techniques de cure prothétique n=49

Type de cure prothétique	Fréquence n=49	Pourcentage (%)
Pré-péritonéal avec drainage	7	14,3
Pré-péritonéal sans drainage	7	14,3
Rétro-musculaire préfasciale	35	71,4
Total	49	100,0

La technique rétro-musculaire préfasciale a été la plus réalisée soit 71,4%.

Tableau XXIV : Répartition selon la durée de l'intervention

Durée de l'intervention	Fréquence	Pourcentage (%)
15-30mn	11	19,0
30-45mn	34	58,6
45-60mn	4	6,9
60-75mn	6	10,3
75-90mn	2	3,4
90-105mn	1	1,7
Total	58	100,0

La durée moyenne de l'intervention était de 38,25 min.

Tableau XXV : Répartition selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage (%)
<4jours	37	63,8
5_10jours	21	36,2
Total	58	100,0

La durée moyenne était de 2,3 jours avec des extrêmes de 1 à 10 jours.

Tableau XXVI : Répartition selon la catégorie d'hospitalisation

Catégorie Hospitalisation	Fréquence	Pourcentage (%)
Deuxième	23	39,7
Première	32	55,2
Troisième	3	5,2
Total	58	100,0

Les patients étaient hospitalisés dans la première catégorie dans 55,2%.

Tableau XXVII : Répartition selon les données de la prothèse

Prothèses		Fréquence N=49	Pourcentage (%)
Disponibilité	Externe	49	100
Accessibilité	Difficile	26	53,1
	Facile	23	47
Cout	Elevé	30	61,2
	Abordable	19	28,8

Les prothèses n'étaient disponibles qu'à l'extérieur soit 100% ; le cout a été jugé élevé dans 61,2% et accessibilité difficile dans 53,1%.

4.6- Evolution :

4.6.1- les suites à (30jours) :

Suites à J30	Fréquence	Pourcentage (%)
simples	55	94,8
Infection site opératoire	3	5,2
Total	58	100

Les suites ont été simples dans 94,8% des cas.

4.6.2- Résultat du traitement :

Les patients ont été satisfaits du traitement dans 100% des cas.

4.7- Partie Analytique :

Tableau XXVIII : Tableau croisé type de chirurgie et complications post-opératoires

		Complications_post_opratoires		
		Aucun	ISO	Total
Type de	Raphie simple /paletot	7	2	9
cure	Cure prothétique	49	0	49
Total		56	2	58

P=0,005 (significatif)

Tableau XXIX : Tableau croisé type de cure et durée d'hospitalisation

		Durée hospitalisation		
		<4jours	5_10jours	Total
Type	Raphie simple/ Paletot	0	9	9
De Cure	Cure Prothétique	37	12	49
Total		37	21	58

P<0,001 (significatif)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5. Commentaires et discussion :

5.1- Critique de la méthodologie :

Plusieurs problèmes ont été rencontrés dans la collecte des données. Certains dossiers médicaux étaient introuvables et d'autres inexploitable. Tous les dossiers médicaux inexploitable étaient exclus. L'accès à la prothèse était difficile pour certains patients en raison de son coût élevé, sa non disponibilité mais aussi du contexte urgent pour certains.

5.2- Fréquence :

Durant la période d'étude 3728 patients ont été opérés dans le service toutes pathologies confondues. Parmi ces patients, nous avons colligé 58 cas d'événement post-opératoire soit 1,5% de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées. Cette fréquence est comparable à celle de Traoré S. [1]. dans son étude réalisée en 2023 dans laquelle la fréquence des événements était de 1,1% (P=1).

5.3- Données sociodémographiques :

L'âge moyen dans notre série était de 39,5 ans avec un pic dans la tranche d'âge de 30 à 44 ans (34,5 %), et de 60 ans et plus (également 34,5 %). Il était statistiquement différent de ceux de Traoré S. 2023 [1]. Barchah MO [9] Maroc, 2017 et de Diop B [9] Sénégal, 2017 avec respectivement 50,7 ans ; 51,8 ans et 49 ans (P<0,05). L'âge avancé favoriserait les événements car il ralentirait le processus de cicatrisation [11]. Nous n'avons pas d'explication pour l'âge moyen obtenu chez les patients de notre étude qui est inférieur à celui des autres études.

Le sexe féminin a été plus représentatif avec 62% des cas. Le sex-ratio M/F était de 0,6. cette prédominance féminine a été rapportée par Berrada S [12] dans sa série portant sur les événements postopératoires. La prédominance féminine des événements postopératoires serait due à la fréquence élevée des affections gynécologiques, au surpoids et à la multiparité [8].

Les patients avaient un antécédent de laparotomie dans 87,9% des cas. Sacko O [13] avait trouvé un taux d'événement de 95.6% chez des patients ayant un antécédent de laparotomie médiane. Ce taux est supérieur au nôtre.

Dans la littérature, l'événement représente la complication tardive la plus fréquente de la chirurgie abdominale [14]. Son incidence est élevée lorsqu'elle est associée à une infection du site opératoire.

5.4- Données cliniques :

Le principal motif de consultation était la tuméfaction en regard de la cicatrice opératoire soit 79,3% des cas. Il est comparable aux 79% retrouvés par Abourrig A [15] (p=1).

Par contre, il diffère statistiquement ($P < 0,05$) des résultats rapportés par Traore S. [1] et Ouattara T [16] avec respectivement 48,3% et 50,9% $P < 5\%$. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude traitait qu'une seule pathologie ; tandis que les autres études portaient sur la quasi-totalité de pathologies liées à la faiblesse pariétale.

L'événement siégeait à la fois en sus et sous ombilicale dans 56,9%, suivie des sièges sus ombilicale 17,2% et sous ombilicale dans 10,3%. Dans l'étude de Traore S. l'événement siégeait en sus et sous ombilical dans 38,6% des cas. Barchah MO [9] a trouvé un taux d'événement épigastrique de 27,1% et ombilicale de 7,1%. Sacko O [13] dans son étude avait trouvé une prédominance des événements sous ombilicales dans 57,8% des cas. Pour Ott V [4], l'incision médiane sus ombilicale se complique plus facilement d'une évènement que toute autre incision car la ligne blanche sus-ombilicale est beaucoup plus fragile que la ligne blanche sous-ombilicale d'où la fréquence d'évènement dans cette région.

Le diamètre du collet était inférieur à 5 cm dans 36,2%. Ce résultat diffère de l'étude de Ott V [4] et de de Barchah MO [9] qui avaient un collet compris respectivement entre 5 et 10 cm dans 33,3% et 4 et 10 cm dans 30 % ($p < 0,05$).

Tout porte à savoir qu'au début, l'évènement est souvent petite. Dès ce stade elle est susceptible de se compliquer d'étranglement. Une fois présente l'évènement a tendance à s'aggraver sous l'effet de la pression abdominale.

Elle sera donc de plus en plus volumineuse. Plus sa taille est grande plus son traitement sera compliqué [9].

5.5- Traitement :

Pour la majorité des auteurs [17, 18], tous les patients qui présentent une évènement devraient faire l'objet d'une réparation chirurgicale, sauf s'ils présentent des contre-indications à toute intervention.

Si jadis, l'utilisation de matériel prothétique pour le traitement des événements concernait juste les événements volumineux et / ou multi récidivés, la plupart des équipes [19, 20, 21] n'en excluent actuellement que les événements de moins de 5 cm de diamètre. Dans notre étude 09 patients ont bénéficié d'une plastie simple soit 15,5%, technique de moins en moins utilisée, sauf pour les événements de petite taille (moins de 5 cm), vu le taux important de récurrence qu'elle procure [22, 23]. Cette cure non prothétique a concerné les cas opérés en urgence également.

Les patients ayant bénéficié d'une réparation prothétique étaient au nombre de 49 soit 84,5%. Ott V [4] a rapporté 42 cas (76,3%) d'évènements post opératoires traités par prothèse. Cette même tendance de cure prothétique a été observée dans l'étude de Traore S. soit 49,1%.

Pour procéder à une cure d'événement par mise en place d'un filet, il faut que le patient réponde à certains critères :

- la qualité de la paroi est un des éléments les plus déterminants dans l'indication à poser un filet. En effet, une paroi affaiblie et atone, dont les structures musculo-aponévrotiques sont de mauvaises qualités et détendues, justifiera toujours, à notre sens, la mise en place d'une prothèse non résorbable, quelle que soit la taille de l'événement. C'est le cas de tous les patients obèses.
- toutes les récurrences seront traitées avec un filet, y compris les récurrences de hernie de la ligne médiane.
- une événement de grande taille (supérieure à 10 cm), ou avec défaut de paroi, sera toujours traitée avec un renforcement pariétal non-résorbable.
- tout patient soumis à un travail physique très lourd, ce qui est très souvent le cas dans notre contexte, doit bénéficier d'un renforcement prothétique.

Il importe donc de proposer un traitement fiable. Dans de tels cas, le filet reste certainement la meilleure alternative [4].

Dans notre étude la disponibilité et l'accessibilité ont été jugées difficiles par respectivement 84,5% et 44,8% des patients. Le coût de la prothèse était jugé élevé dans 51% des cas.

La majorité des pharmacies ne vendent pas la prothèse pariétale notamment la pharmacie hospitalière du centre hospitalier universitaire qui a servi du cadre d'étude à cause de la demande non accrue par les praticiens. Ce point de vue a été partagé par Diop B [9]. Cependant, Zaré C [23] au Burkina rapportait une disponibilité et une accessibilité effective de la prothèse de polypropylène.

Parmi les techniques de renforcement pariétales sans tension de la paroi abdominale la technique de Lichtenstein est la plus pratiquée [23].

En 2017, Sacko O [9] avait colligé 83 dossiers de patients qui ont été tous traités selon la procédure de Lichtenstein. Diop B [10] avait rapporté 267 cas de pariétoplasties prothétiques sur 6 ans selon la procédure de Lichtenstein.

En ce qui concerne les événements post opératoires, la prothèse a été placée en retromusculaire préfascial dans 60,3% des cas. Bouillot et al [25] en France en 2012 avaient utilisé le site retromusculaire dans 94,5% des cas tandis que Zaré C [23] au Burkina l'avait utilisé dans 100% des cas.

La technique de cure d'événement par pose de prothèse retro musculaire préfascial comporte peu d'infection atteignant la prothèse et peu de récurrence [25].

Ces avantages ont justifié notre choix comme technique de référence dans la cure d'événement. Il convient alors d'éviter la mise en place sous péritonéale de la prothèse compte tenu du risque infectieux ainsi que le contact direct avec les anses intestinales à cause du risque de fistule digestive [23].

5.6- Morbidité et mortalité :

Nous n'avons pas enregistré de complication per-opératoire.

En post opératoire le taux d'infection rapporté dans la littérature après cure simple varie entre 0 et 10% [26, 27]. Dans notre série, ce taux est de 5,2%, Sacko O [13] a rapporté 2 cas (4,4%) de suppurations pariétales tout comme Kante et al en 2010 dans une étude au CHU Gabriel Touré [28]. L'infection après mise en place d'une prothèse constitue la véritable complication redoutée dans ce type de traitements. Dans cette étude aucun patient n'a présenté de complication postopératoire à court terme après cure prothétique.

Les complications postopératoires après une cure prothétique résulteraient de la qualité du geste chirurgical, du type de prothèse utilisé et de son site d'implantation.

Le taux de mortalité au cours de cette étude était nulle. Plusieurs auteurs avaient fait le même constat [4, 9, 23]. Cependant Bonnamy [29] a enregistré 0,6% de décès.

La mortalité dans le cadre du traitement d'événement est très faible voir même nulle, ce qui témoigne de la bénignité de ces pathologies. Elle serait due au terrain du patient et aux accidents peropératoires.

5.7- La durée d'hospitalisation :

Elle dépend des suites opératoires et de la voie d'abord. Au cours de cette étude, la durée moyenne d'hospitalisation était de 2,3 jours avec des extrêmes de 2 et 10 jours. Barchah MO [9] avait trouvé une durée moyenne de $2,6 \pm 5,4$ jours. Ott V [4] avait retrouvé une durée moyenne de 10,4 jours.

La courte durée d'hospitalisation pourrait s'expliquer par l'absence de complications majeurs pouvant entraîner un long séjour hospitalier.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6. Conclusion :

L'incidence des évènements postopératoires varie de 2 à 10%. Leur traitement chirurgical a connu un essor grandissant au fil du temps, et plusieurs techniques se sont succédées pour vaincre le problème de récurrence. Le traitement des évènements nécessite une bonne préparation préopératoire, locale et générale. Plusieurs méthodes thérapeutiques ont été proposées, dont l'indication dépend de la taille, du siège et du caractère primitif ou récidivé de l'évènement. Les indications doivent être observées avec rigueur : les procédés traditionnels s'appliquent surtout aux évènements de petite taille, les prothèses non résorbables permettent de guérir les évènements de moyennes et grandes tailles. Compte tenu de toutes ces constatations, il paraît que la prévention reste le meilleur moyen de lutte contre les évènements en faisant recours à la cœliochirurgie, chaque fois que ce recours est possible.

7. Recommandation :

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Aux autorités politiques :

- Rendre disponible et subventionner le prix des prothèses pariétales,
- Assurer la formation continue du personnel qualifié,
- vulgariser les techniques de cure des événements postopératoire par prothèse pariétale

❖ Aux personnels socio-sanitaires :

- Assurer la prise en charge adéquate des événements postopératoires,
- Apprendre les différentes techniques de pose de prothèse pariétale,
- Pérenniser la cure par renfort prothétique pour les cas d'événements postopératoires de grand diamètre et les cas de récurrences

❖ A la population :

- Consulter un spécialiste dès les premiers symptômes de la maladie

REFERENCES

8. Références :

- 1- Traoré, Siaka. Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie «A» du Centre Hospitalier Universitaire du Point G. Mémoire. USTTB. 2022. P.80
- 2- Muneaux, Alexandre, Rousset P. ; Rebai-Kamoun J., Renard Y. Hoeffel C. Chirurgie réparatrice des évènements abdominaux: aspects normaux et complications en imagerie. *Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle*, 2023, vol. 6, no 3, p. 188-201.
- 3- Masson E. EM-Consulte. [cité 29 mars 2024]. Traitement des évènements de la paroi abdominale. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/28189/traitement-des-evenements-de-la-paroi-abdominale>
- 4- Ott V. Cure d'événement avec renforcement par un filet « Mersilène*» en position préperitonéale. Thèse de médecine 2003, p90, Genève
- 5- Poussier M, Denève E, Blanc P, Boulay E, Bertrand M, Nedelcu M, et al. Les différents matériaux prothétiques pour la réparation pariétale abdominale. *Journal de Chirurgie Viscérale*. 2013;150(1):55-62.
- 6- Diao ML, Tendeng JN, Nyemb PMM, Ehode C, Wade TMM, Ndaw AL, et al. La cure par prothèse des évènements abdominaux: à propos de 15 cas. *Revue africaine de chirurgie et spécialités*. 2012;6(3):5-8.
- 7- Amal S. Cure d'événement de la paroi abdominale et abdomino-plastie combinée. Expérience du service de chirurgie réparatrice et plastique de l'hôpital Militaire Moulaye Ismael. Faculté de médecine et de pharmacie Royaume Uni du Maroc. Thèse de médecine. 2020. 122. N : 165/20
- 8- Traore D. Sanogo S. Coulibaly B. Togola B. Bengaly B. Traore A. et al. Hernie incisionnelle chez l'adulte dans un contexte sous médicalité. *Revue africaine de chirurgie et spécialités* Traore, D., et al. "Hernies incisionnelles chez l'adulte dans un contexte sous médicalisé. Vol7 N.3 (2013): 21-25.
- 9- Barchah m. O. La prothèse idéale pour cure d'événement post-opératoire : étude rétrospective au service de chirurgie viscérale. Thèse med, Maroc, 2017, n31, 155p
- 10- Diop. B, Sall I, Sow O, Ba P A, Konaté I, Dieng M, et al. Prise en Charge des Hernies Inguinales par Prothèse selon la Procédure De Lichtenstein: Une Étude de 267 Cas. *Health Sci. Dis*: 2018;19 (1): 69-73
- 11- Park A, Birch DW, Lovrics P. Laparoscopic and open incisional hernia repair : a comparison study. *Surgery* 1998;124(4):816-21.

- 12- Berrada S, K. El Mouatacim, B. Kadiri. Réparations prothétiques des éventrations post-opératoires. *Médecine du Maghreb* 1996 ;57:33-34
- 13- Sacko , ZZ Sanogo, A. Camara, S. Koumaré, A. Koita, S. Keita et col. Cure prothétique des éventrations de la paroi abdominale post-opératoires dans le service de chirurgie « A » du CHU du point-G.J afr chir digest 2014; vol 14(2) : 1745 – 1748
- 14- Lechaux JP, Lechaux D, Chevrel JP. Traitement des éventrations de la paroi abdominale. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales-appareil digestif*, 2004, 14p, 40-165.
- 15- Abourrig A. Les éventrations postopératoires au CHU Mohamed VI Marrakech (A propos de 103 cas). *Universite Cadi Ayyad Maroc*. 2009, N°98 : 107p.
- 16- Ouattara T. Eventration post opératoire dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso. *Thèse med, Bamako*, 2013, n 288, 110p.
- 17- Lechaux, j.-p., lechaux, d., et chevrel, j.-P. Traitement des éventrations de la paroi abdominale. *EMC-Chirurgie*, 2004. vol. 1, no 6, p. 601-619.
- 18- Pailler, JL., Coadou, Al-L., et Dupont B. E. Éventrations de la paroi abdominale: Physiopathologie, étiologies et techniques de cure avec prothèse pariétale. In : *Annales de chirurgie plastique et esthétique*. 1999. p. 313-324.
- 19- Horhant P, Le Du J, Chaperon J, Lavenac G, Mambrini A. Traitement des éventrations abdominales postopératoires par prothèse non résorbable. A propos de 160 observations. *J Chir*. 1996 ;133-7 ; 311- 16.
- 20- Micheau Ph, Grolleau J. L. Eventration abdominale. Prise en charge et stratégie dans l'approche du futur opéré. *Ann Chir Esthét* .1999 ; 44, 4 : 325-38
- 21- Cassar K, Munro A. Surgical treatment of incisional hernia. *Br J Surg*. 2003; 89: 534-545
- 22- Chevrel JP, Flament JB. Les éventrations de la paroi abdominale. 92° Congrès Français de Chirurgie. Paris. 1990.
- 23- Zaré Cyprien et col. Traitement chirurgical des éventrations abdominales avec pose de prothèse : expérience à Court terme du CHU Yalgado Ouédraogo *European Scientific Journal* December 2017 edition Vol.13, No.36 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857-7431
- 24- Karthikesalingam A, Markar SR, Holt PJ, Praseedom RK. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia. *Br J Surg*. 2010;97:4-11.

- 25- Bouillot J.-L, Pogoshian T, Corigliano N, Canard G, Veyrie N. Traitement des volumineuses évènements abdominaux. *Journal de Chirurgie Viscérale*. 2012; 149:55—61.
- 26- Luijendijk RW, Hop WC, Van den Tol MP, De Lange DC, Braaksma MM, IJzermans JN et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. *N Engl J Med*. 2000;343:392-398
- 27- Becouran C, Szmil E, Leroux C, Arnaud. Cure chirurgicale des évènements postopératoires par implantation intra-péritonéale d'un treillis de Dacron. *J Chir*. 1996 ; 133-5 ;229-32
- 28- Kanté, L., Togo, A., Diakité, I., Traoré, A., Dembélé, B. T., Coulibaly, Y., et al "Facteurs étiologiques et thérapeutiques des évènements postopératoires au chu Gabriel Toure." *Mali médical* (2010). vo25 no.4 .P24.
- 29- Bonnamy C, Samama G, Brefort Y, Le Roux G, Langlois. Résultats à long terme du traitement des évènements par prothèse non résorbable intrapéritonéale (149 cas).*Ann Chir*. 1999 ; 53 :571-6.

ANNEXES

Annexes :

Fiche d'enquête :

N° De la fiche d'enquête :/...../

N° Du dossier du malade :/...../

I-Données administratives :

1- Nom et Prénom du malade :

2- Age : 1. 15-29ans 2. 30-44ans 3. 45-59ans 4. 60 et plus

3- Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

4- Profession :/...../

1. Ouvriers 2. Fonctionnaires 3. Ménagère 4. Cultivateur 5. Elève/Etudiant 6. Si autre à préciser

5- Provenance

1. Région 2. Bamako

6- Ethnie :/...../

1. Bambara 2. Malinké 3. Sénoufo/Minianka 4. Sarakolé 5. Peulh

6. Bobo 7. Sonrhäï 8. Dogon 9. Si autre à préciser

7- Nationalité :/...../

1. Malienne 2. Si autre à préciser

II. Mode de recrutement :...../...../

1. Consultation externe 2. Urgence

III-Antécédents (ATCD) :

1- Médicaux :/...../

1. Diabète 2. Hypertension artérielle 3. Drépanocytose 4. Asthme

5. Tuberculose 6. Bilharziose 7. Si autre à préciser

2- Chirurgicaux :/...../

1. Laparotomie 2. Cœlioscopie

4. Autre à préciser

3- Gynéco-Obstétrique :

1. Nombre de grossesse :...../.../ 2- Nombre d'accouchement :...../...../

3. Ménopause

IV. Données cliniques

1- Motif de consultation:...../...../

1. Tuméfaction en regard de la cicatrice d'intervention 2. La douleur

2- Siège de l'événement :

1. Sous ombilicale 2. Sus ombilicale 3. Sus et sous ombilicale 4. Lombaire 5. Fosse iliaque 6. Autres à préciser

4- Durée d'évolution de la maladie :/...../

1. 3 mois 2. 6 mois 3. 12 mois 4. > 12 mois 5. Si autre à préciser

5- Signes associés :

1- Douleur :/...../

1. Aucune 2. Permanente 3. Intermittente 4. Si autre à préciser

2- Complications :...../...../

1. Engouement 2. Etranglement 3. Absente

3- Trouble du transit intestinal (constipation chronique) :/.../

1. Absent 2. < à 3 jours 3. > à 3 jours 4. Si autre à préciser

4- Trouble respiratoire :/.../

1. Bronchopneumopathie chronique 2. Dyspnée 3. Toux 4. Si autre à préciser

5- Trouble urinaire (dysurie)...../...../

1. Présente 2. Absente

V- Facteurs favorisants :/.../

1. Dénutrition 2. Bronchopathie chronique (toux) 3. Activité physique précoce (sport+++)
4. Obésité 5. Antécédent de chirurgie 6. Infection de la paroi 7. Si autre à préciser

VI- Habitude alimentaire :/...../

1. Céréales 2. Légumes 3. Fruits 4. Tubercules 5. Poissons 6. Viande
7. Tabac 8. Cola 9. Café 10. Thé 11. Alcool 12. Si autre à préciser

VII- Examen du malade :

1- Etat du malade :

1. OMS 1 2. OMS 2 3. OMS 3 4. OMS 4

2- Signes généraux :

Taille:m poids :kg indice de masse corporelle (IMC):.....Kg/m²

Tension artérielle(TA):mm Hg Pouls : pulsation mn Température : °c

Pâleur: /.../ 1.oui 2.non

3- Signes physiques :

*** Abdomen :**

1- Inspection (debout et coucher) :

1-1- Siège de la tuméfaction :/...../

1. Sous ombilical/...../ 2. Sus ombilical/...../4. Point de Mac Burney/...../ 5. Sus et sous ombilicale/...../ 6. Autres /...../

1-2- Expansion de la tuméfaction :/...../

1. Oui 2. Non

1-3- Circulations veineuses collatérales :/...../

1. Présentes 2. Absentes

2- Palpation :

Tuméfaction :/...../

1. Diamètre de la tuméfaction /...../ 2. Diamètre du collet /...../

3. Siège du collet : a. Sus ombilical b. Sous ombilical c. Sus et sous ombilical d. Mac Burney
e. Autres à préciser

*** THORAX :**

1- Auscultation :

a- Coeur :/...../

1. Bruit du coeur audible 2. Bruit du coeur non audible 3. Bruit surajouté
4. Souffle 5. Si autre à préciser

b- Pulmonaire :/...../

1. Murmure vésiculaire audible 2. Souffle 3. Râle crépitant 4. Râle sous crépitant 5. Si autre à préciser
2-Percussion :

1. Matité 2. Tympanisme 3. Mixte 4. Si autre à préciser

*** Touchers pelviens :**

a-Toucher rectal (TR) :/...../

1. Normal 2. Douloureux 3. Si autre à préciser

b- Toucher vaginal (TV):/...../

1. Normal 2. Douloureux 3. Si autre à préciser

VIII- Examens complémentaires :

1-Biologie : a. Normal b. Bas c. Elevée

1. Taux d'hémoglobine/...../ 2. Taux d'hématocrite/...../ 3. Leucocytes/...../
4. Groupage/Rhésus/...../

5. Taux de prothrombine/...../ 6. Temps de céphaline kaolin/...../ 7.
Glycémie/...../ 8. Créatininémie/...../ 9. Ionogramme/...../

2- Imagerie :

1. Radiographie

.....

1. Oui 2. Non

2. Echographie abdominopelvienne

.....

1. Oui 2. Non

3. Scanner abdominopelvien

.....

1. Oui 2. Non

4. Si autre à préciser

.....

IX- Prothèse :...../...../

a-Types

1. Polyester (Mersilène*, Dacron*) 2. Polypropylène (Marlex*) 3. Si autre à préciser

b- Difficultés liées à l'usage

1. Disponibilité :

1. Interne 2. Externe

2. Accessibilité :

1. Facile 2. Difficile

3. Coût :

1. Elevé 2. Moindre

3-Consultation d'anesthésie :/...../

a- Classification ASA :/...../

1. ASA 1 2. ASA 2 3. ASA 3

b-Type d'anesthésie réalisé :/...../

1. Locale 2. Rachianesthésie 3. Péridurale 4. Anesthésie générale

X- Traitement :

a-Antibioprophylaxie

1. Oui 2. Non

3. Si oui le type

b- Technique opératoire :...../...../

1. Retro musculaire préfascial 2. Pré péritonéal sans drainage 3. Raphie simple 3. Si autre à préciser

c- Complication per opératoire :/...../

1. Lésion vasculaire 2. Lésion nerveuse 3. Lésion intestinale 4. Syndrome de compartiment 6.

Si autre à préciser

d. Durée de l'intervention :...../...../

1. 15-30mn 2. 30-45mn 3. 45-60mn 4. 60-75mn 5. 75-90mn

6. 90-105mn 7. 105-120mn 8. Plus de 120mn

F- Durée d'hospitalisation :...../...../

XI- Types de complications post opératoire :

1- Immédiates :/...../

1. Hématome 2. Douleur 3. Infection (suppuration pariétale) 4. Hémorragie

5. Péritonite post-opératoire 6. Si autre à préciser

2- Long terme :/...../

1. Retard de cicatrisation 2. Granulome sur fil 3. Névralgie résiduelle 4. Rejet du matériel (prothèse) 5. Chéloïde 6. Récidive 7. Si autre à préciser.

3- Prise en charge de la complication...../...../

XII- Catégorie d'hospitalisation :

1. 1ere catégorie

2. 2e catégorie

3. 3e catégorie

Fiche signalétique :

Nom : KEITA

Prénom : Mamadou Tiémoko

Titre du mémoire : Événements post-opératoires : aspects diagnostique et thérapeutique dans le service de chirurgie A du CHU du point G

Année : 2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque (FMOS)

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Résumé :

Objectif :

– Le but de ce travail était d'étudier les évènements post-opératoires, de déterminer leur fréquence, de décrire les techniques chirurgicales et d'analyser les résultats du traitement en service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Patients et Méthode :

– Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective allant de janvier 2012 à décembre 2022 réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G.

Résultats :

– Pendant la période d'étude nous avons colligé 58 cas d'événement post-opératoire soit 1,5% de l'activité chirurgicale. L'âge moyen des patients était 39,5 ans avec des extrêmes de 15 et 89 ans. Les patients étaient de sexe féminin dans 62% avec une sex-ratio M/F de 0,6. La tuméfaction en regard de la cicatrice sus et sous ombilicale était le principal motif de consultation dans 79,3% des cas. Les patients avaient un ATCD de Laparotomie médiane sus et sous ombilicale dans 87,9%. L'événement siégeait en sus et sous ombilicale dans 56,9% des cas. Le diamètre du collet était inférieur à 5 cm dans 36,2%. Les signes de complications étaient absents dans 86,2% des cas, l'étranglement a été retrouvé dans 5,2% des cas. La cure prothétique a été la plus réalisée soit 84,4% et la technique rétro-musculaire pré fasciale a été réalisé dans 60,3% des cas. Le coût de la prothèse était jugé élevé dans 61,2% des cas. Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 94,8% des cas. La mortalité a été nulle. Les patients ont été satisfaits du traitement dans 100% des cas.

Conclusion : l'incidence des évènements varie de 2 à 10% plusieurs méthodes thérapeutiques existent dont les indications dépendent de plusieurs éléments.

Mots-clés : Événement post opératoire, Chirurgie A du CHU du Point G



Figure 6 : Image d'une événtration post opératoire sus ombilicale



Figure 7 : Cure d'une événtration par mise en place de prothèse

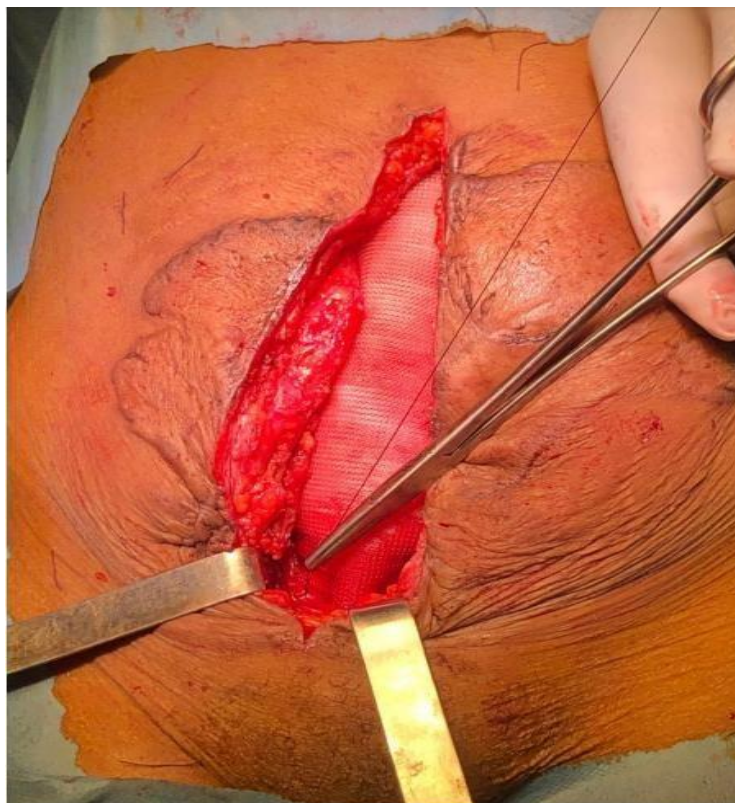


Figure 8 : Prothèse rétomusculaire pour éventration médiane en chirurgie A au CHU du point G