

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

TITRE

ÉVISCERATION AIGUE POST
OPERATOIRE AUX CHU DU POINT G
ET DE GABRIEL TOURE.

Thèse présentée et soutenue publiquement/01/2009

Par : M. Salif SANGARE

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**



Président :	Pr. Djibril SANGARE
Membres :	Dr. Adama Konoba KOÏTA Dr. Seydou TOGO
Directeur de thèse:	Pr. Zimogo Zié SANOGO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A ALLAH, le tout-puissant, créateur des cieux et de la terre pour m'avoir donné la force et le courage d'accomplir ce travail merci.

Que ton nom soit loué à jamais.

A ma mère feu Bintou SANGARE, paix à son âme

Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance, d'honnêteté, d'honneur, de dignité et de justice.

Tu as beaucoup souffert dans la vie ; comme le petit oiseau reçoit sa nourriture du bec de sa mère, nous avons tout reçu de toi. Mère, tu as risqué ta vie et couru mille périls pour nous permettre un avenir meilleur. Ta combativité, ton amour permanent et ton souci pour une éducation de qualité font de toi une mère exemplaire. Ton exemple est décrit dans tous les livres mais rare dans la vie courante. J'ai la chance de t'avoir comme mère.

J'aurais voulu que tu sois là parmi nous pour témoigner de ce jour, mais Dieu en a décidé autrement. C'est l'occasion pour moi une fois de plus de prier pour toi.

Puisse Allah, le bon Dieu t'ouvrir le chemin du paradis. Amen !

Dors en paix ! Chère mère.

A mon père Siacka SANGARE,

Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu nous as consenti. Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

Ce modeste travail est le tien. Qu'Allah te prête longue vie afin de goûter le fruit de ton labeur.

REMERCIEMENTS

À mes tantes Mariam CISSE et Syra KANOUTE : Je manque de mots à vos égards. Vous avez été et vous resterez toujours pour moi des mères exemplaires. Vous m'avez élevé de toutes vos forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de vos prières et sacrifices, vos bénédictions seront toujours pour moi la lampe qui illumine la voie devant indiquer le chemin de l'honneur.

Je suis fier de vous et reconnaissant pour tout ce que vous avez fait et que vous continuerez à faire pour moi.

Puisse Allah, le tout puissant vous donne longue vie et vous faire bénéficier du fruit de la patience. Amen !

À mon tonton Boubacar MAIGA: Tu as cultivé en moi le sens de l'honneur et de la dignité et tu t'es toujours battu à mes côtés ; merci pour tout ce que tu as fait pour moi et qu'Allah le tout puissant vous donne longue vie. Ce travail est le fruit de tes conseils.

À mon oncle Dramane SANGARE et à sa Femme : Votre sagesse, votre gentillesse, votre esprit de sacrifice m'ont beaucoup marqué. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Qu'Allah le tout-puissant vous garde longtemps à mes côtés.

À ma grande sœur Mme SANOGO Fanta SANGARE

Merci de m'avoir toujours encouragé. Ton courage et ta détermination m'ont toujours inspiré. Tu as été un soutien infaillible tout au long de l'élaboration de ce document ; merci de ton assistance, que Dieu le tout-puissant t'accorde une longue vie.

À mon grand frère Daouda SANGARE : Ce travail est pour toi, il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent. Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens et recevez ici toute ma gratitude.

À mes cousins et cousines : Mamadou SANGARE, Abdrahamane SANGARE, Djénéba SANGARE, Aïchata SANGARE, en témoignage de votre sympathie et de votre solidarité à mon égard, un grand merci à vous tous.

À feu mon homonyme Salif SANGARE

Tu as tant souhaité voir ce jour, pour me serrer dans tes bras et m'embrasser.

Je ne cesse de penser à toi, ce travail est le fruit de tes efforts.

Que ton âme repose en paix. Amen !

À ma tante Habibatou SOUKO

Je manque de mots à ton égard, tu as été et tu resteras toujours pour moi une mère exemplaire. Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de tes prières et sacrifices, tes bénédictions seront toujours pour moi la lampe qui illumine la voie devant indiquer le chemin de l'honneur.

Je suis fier de toi et reconnaissant pour tout ce que tu as fait et que tu continues à faire pour moi.

Puisse Allah, le tout-puissant te donne longue vie et te faire bénéficier du fruit de ta patience. Amen !

À mon Tonton Mamadou CAMARA : Homme généreux, honnête, et très courtois, fervent croyant, tu représentes pour moi l'exemple de la bonté et du respect de l'autre. Ce travail est le fruit de tes longues années de patience.

À mes frères Alassane MAIGA, Yaya B SANGARE, Issa SANGARE, Arouna SANGARE, Boubacar SANGARE, Yaya S SANGARE: En témoignage de vos sympathies et de votre solidarité à mon égard, restons toujours unis pour combler l'estime des parents. Je dis grand merci à vous tous.

À mes jeunes sœurs : Kamissa, Awa A, Awa B, Kadiatou, Syra, Fanta, Aminata, Safiatou, pour tout le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter. Merci, je vous aime tous.

A mon ami Sekou Bah CISSOKO : Tu as été exceptionnel et extrêmement gentil à mon égard. J'ai beaucoup de chance de t'avoir comme ami.

Tes conseils m'ont beaucoup aidé tout au long de ce travail et je vous remercie infiniment du fond du cœur.

À la FMPOS.

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

Au corps professoral de la FMPOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former les jeunes Africains compétitifs sur le plan médical.

Aux : Pr Sambou SOUMARE, Pr Djibril SANGARE, Pr Sadio YENA, Pr Zimogo Zié SANOGO, Dr AK. KOITA, Dr Moussa A. OUATTARA, Dr TOGO, Dr SOW, Dr CAMARA, et aux : Dr KOUMARE, Dr L. SOUMARE.

A la secrétaire et aux majors du service de la chirurgie A

Trouvez ici notre profonde reconnaissance.

A tous nos aînés : Dr. Tidiane TRAORE, Dr M. BISSAN, Dr. S. TRAORE, DR. A.M. DEMBELE, Dr. S. COULIBALY, Dr. D. HAIDARA, Dr. S.M. DIALLO, Dr. M. MOUNKORO, O. BAMBA, Dr. C. SOGODOGO, Dr. MC. TRAORE et tous ceux que je n'ai pas cités.

A tous mes collègues du service de la chirurgie « A » :

Dr Drissa KONE, Dr Daouda SAMAKE, Dr Salikou SANOGO, Dr Louis TRAORE, Dr Hadjaratou DOUMBIA, Dr Drissa Oumar BERTHE, Dr Bazin I. DENA, Dr Issa BERTHE, Mahamadou M. DOUMBIA, Zakari SAYE, Tata FANE, Arouna COULIBALY, Abdoulaye SIDEYE, MANGARA

Pour tout votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.

Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A tous les CES de chirurgie

Au chef de service de la chirurgie « B » professeur A. K. KOUMARE

Aux professeurs : Flifing SISSOKO, ONGOÏBA et DIOP de la chirurgie « B »

Au personnel de la chirurgie « B » notamment les majors Demba OUATTARA et Bandjougou DIALLO, à la secrétaire Habsatou DIAKITE et aux internes.

AU chef de service de la chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE le Professeur Gangaly DIALLO

A tout le personnel du service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

À tout le personnel du cabinet BATOU : Dr SANOGO, Dr SINGARE, Dr BAH, Nanaïssa YATTARA, Lassana DEMBELE, Hamady YATTARA et Mamadou SANGARE.

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

À tous ceux qui travaillent à l'ADASCO : Dr Bréhima TOGOLA, Major Moussa CAMARA, Yaya TRAORE, Sékou Bah CISSOKO, Dipa TOURE, Tiécoura TRAORE, Noumou MALLE, Dr DANYOGO, Dr Oumar BAGAYOGO Synaly, Moussa SACKO et Aïchata SONGOUMA et Sokona DIALLO, Zoumana SANGARE, Synaly TRAORE.

À tous mes amis et compagnons de tous les jours

Ange KODIO, Bourama DIARRA, Mamadou TRAORE, Coumba SALL, Fatoumata SALL, Makan FOFANA, Boubacar DIABATE, Siriman COULIBALY Cheickna MANGARA, Oumou DIARRA, Fatoumata SANGARE et Sokona DIALLO pour leur affirmer toute ma sympathie.

Au bureau de coordination des étudiants en année de thèse au CHU de point G.

À M. Kaba CAMARA secrétaire à l'organisation mondiale de la santé à Bamako. Merci de ton assistance, que Dieu le tout-puissant t'accorde une longue vie.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et président du jury
Professeur Djibril SANGARE
Professeur titulaire en chirurgie générale

Vous nous avez honorés en acceptant de présider ce jury.

Vos immenses qualités de Pédagogue, votre très grande expérience dans la pratique médico-chirurgicale, la qualité exceptionnelle de votre enseignement ont forcé notre estime et notre admiration. Nous avons bénéficié de votre savoir médical et de votre savoir être. Nous sommes très fiers de compter parmi vos élèves.

Qu'Allah vous prête longue et heureuse vie pour que nous puissions davantage bénéficier de vos immenses expériences. Amen !

À notre Maître et juge

Docteur Adama Konoba KOÏTA

Maître assistant à la FMPOS

Praticien hospitalier au CHU de Point G

Cher Maître, votre simplicité, votre gentillesse, votre dynamisme, votre rigueur dans le travail et la facilité de votre contact nous ont fortement impressionnés.

Vous m'avez particulièrement épaté par votre technicité hors du commun, votre rapidité efficiente et votre habileté inouïe au cours des interventions chirurgicales.

Merci de nous faire l'insigne honneur d'apprécier notre travail malgré vos multiples occupations.

À notre Maître et juge

Docteur Seydou TOGO

Praticien hospitalier au CHU de Point G

Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Vous nous faites un grand honneur, cher Maître, en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations.

Homme de sciences particulièrement pétri de connaissances, nous avons su apprécier vos qualités humaines et votre sens de responsabilité. Nous ne saurions oublier toute votre disponibilité, vos conseils si précieux ainsi que votre appui constant. Nous sommes fiers d'avoir appris de vous.

Recevez, ici cher Maître, l'expression de notre indéfectible attachement et surtout notre profonde gratitude.

À notre Maître et directeur de thèse

Professeur Zimogo Zié SANOGO

Professeur agrégé en Chirurgie générale

Chargé de cours en sémiologie et pathologie chirurgicale à la FMPOS

Praticien hospitalier au CHU de Point G

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand Maître aimé et admiré de tous.

Plus qu'un Maître vous avez été pour nous une source intarissable de savoir.

Notre plus grande ambition est de vous ressembler.

Veillez agréer, cher Maître, l'expression de mes considérations distinguées.

Liste des abréviations

CHU : Centre hospitalier universitaire

EAPO : Eviscération aigue post opératoire

DC : Diagnostic

USA : Etats-Unis d'Amérique

ATB : Antibiotique

NFS : Numération formule sanguine

VS: Vitesse de sédimentation

HCT: Hématocrite

HGB: Hémoglobine

ECB: Examen cyto bactériologique

E. COLI: Echerichia coli

HTA: Hypertension artérielle

M/F: Masculin/Féminin

EFF: Effectif

+ : Paramètre présent dans la littérature sans donné de chiffre

- : Paramètre absent dans la littérature

RDV: Rendez-vous

SUC: Service des urgences chirurgicales

SAMU : Service d'aide médicale en urgence

Dr : Docteur

CES : Certificat D'étude spéciale

Chir: Chirurgie

S O M M A I R E

I INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	5
II GENERALITES	6
III METHODOLOGIE	32
IV RESULTATS	37
V COMMENTAIRES ET DISCUSSION	61
VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	80
VII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	83
VIII ANNEXES	88

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

L'éviscération aiguë post-opératoire est une extériorisation des viscères abdominaux à travers une plaie chirurgicale suturée, désunie par absence de cicatrisation de tous les plans pariétaux y compris la peau. [3]

C'est une complication post-opératoire rare qui peut handicaper le patient pour toute activité physique, entraîner une béance inesthétique de l'abdomen perçue par le malade comme échec de la première intervention. Sa survenue peut allonger la durée d'hospitalisation et accroître les frais médicaux. [30]

Elle s'observe à la suite d'une laparotomie surtout lorsqu'il s'agit d'une opération septique largement drainée, ou que la suture de la paroi n'a pas été faite avec soin suffisant. [5]

En **France** ; elle se rencontre dans 0,3% des laparotomies et représente 17% des complications post-opératoires. [2]

En **Grèce** [13] ; en mai 2001 PAVLIDIS TE et ses collaborateurs ont trouvé 89 cas de déhiscences abdominales sur 19206 laparotomies soit 0,46%. Les facteurs de risque étaient : l'hypoprotidémie, l'anémie, le diabète, l'ascite, le cancer, les interventions en urgence, les sepsies intra péritonéales, l'âge supérieur à 65 ans, l'instabilité hémodynamique, l'infection de la paroi et les infections pulmonaires. Le taux de mortalité et de morbidité ont été respectivement de 60% et de 30%.

En **Turquie** [14] ; en 2001 GURLEYIK G a trouvé 38 cas d'éviscération post-opératoires en 25 ans soit 0,92%. L'ascite, les abcès profonds, l'infection de la plaie opératoire et la formation post opératoire de fistule ont été trouvés comme facteurs affectant la plaie opératoire.

Le taux de mortalité était de 37% après une re-laparotomie pour la correction de l'éviscération par l'appui des sutures de conservation ou de la maille synthétique.

En **Espagne** [16] ; en 2005 Rodriguez-Hermosa JI et ses collaborateurs ont trouvé 57 cas d'éviscération post-opératoires en 9 ans sur 12622 laparotomies soit 0,45%. Le diagnostic d'intervention précédente était la péritonite chez 26 patients et l'occlusion chez 19 patients.

L'instabilité hémodynamique, l'anémie, hypo protidémie, âge supérieur à 65 ans et l'infection de la plaie opératoire ont été trouvées comme principales causes. La suture simple de fermeture et/ou de conservation était la technique opératoire ; la maille a été souvent associée. Le taux de morbidité était de 77 %. Le taux de mortalité était de 28% avec une durée moyenne de 28,5 jours de séjour à l'hôpital.

En **Angleterre [20]** ; de 1998 à 2000, KHAN MN et ses collaborateurs ont trouvé 32 cas soit 7,8% de déhiscence de la paroi abdominale sur 406 laparotomies.

Ils ont montré que les éviscérations ont représenté 12,5% des interventions en urgence. L'âge supérieur à 65 ans, un mauvais affrontement des différents plans pariétaux, l'infection pulmonaire, hypoalbuminémie et l'obstruction intestinale maligne étaient les principales causes de la déhiscence. Le taux de mortalité était de 28,1%.

Aux **USA [22]** ; Wald Hausen JH et Davies L ont trouvé 12 cas de déhiscence de la paroi abdominale sur 2785 laparotomies en 5 ans. 2442 enfants (88%) ont eu une incision transversale avec 6 cas de déhiscence de la paroi abdominale. 342 enfants (12%) ont eu une incision verticale avec 6 cas aussi de déhiscence de la paroi abdominale. Les facteurs de risque étaient : la dénutrition, l'instabilité hémodynamique et l'infection de la plaie opératoire. C'étaient des enfants de moins d'un an avec un taux de mortalité de 1%.

En **Afrique** plus particulièrement au **Mali**, en 2006 Madani pendant 6 ans a trouvé 32 cas d'éviscération sur 16056 laparotomies. L'anémie, la dénutrition, l'infection pulmonaire, les interventions en urgence, l'infection pariétale et cancers ont été les facteurs de risque. La suture en un plan sur bourdonnets latéraux et la fermeture plan/plan étaient utilisées comme technique opératoire avec un taux de mortalité de 3,4% et un taux de morbidité de 12,5%. **[29]**

L'éviscération aigue post-opératoire reste à l'heure actuelle une complication redoutable de la chirurgie abdominale. Elle survient avec une fréquence voisine de 14% chez les sujets à risque. Elle est grevée d'une mortalité élevée de l'ordre de 45%, ce qui rend compte de l'intérêt de sa prophylaxie. **[10]**

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

Au Mali peu de travaux ont été réalisés spécifiquement sur les EAPO, c'est pour cette raison que nous avons initié la présente étude tout en nous fixant les objectifs suivants :

LES OBJECTIFS :

1- L'objectif général :

- Étudier les éviscérations aiguës post-opératoires dans les services de chirurgie générale « A » et « B » du CHU de point « G » et dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU de Gabriel TOURE.

2- Les objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des EAPO.
- Identifier les facteurs favorisants et les principales étiologies de ces EAPO.
- Évaluer le taux de mortalité lié au EAPO.
- Évaluer les résultats de la prise en charge des EAPO

GENERALITES

II- GENERALITES

1- Définition : [9]

L'éviscération aigue post opératoire se définit comme une déhiscence totale de la paroi abdominale intéressant tous les constituants de cette dernière. Elle peut constituer l'essentiel de l'urgence lorsqu'elle est d'origine mécanique ou n'être qu'un des éléments d'un tableau clinique grave d'une péritonite post-opératoire.

2 - Intérêt

- Le diagnostic est facile
- L'affection est grave
- Le traitement est difficile

3-Rappels anatomiques de l'abdomen : [26, 27,28]

L'abdomen représente la partie sous diaphragmatique du tronc ; le détroit supérieur en marque la limite inférieure fictive qui le sépare du petit bassin.

3-1 La paroi abdominale :

La paroi abdominale est constituée par :

3-1-2 Une paroi antéro latérale de l'abdominale

La paroi abdominale est constituée par plusieurs plans :

a- Le plan superficiel :

La peau, souple et mobile est doublée par le pannicule adipeux et un fascia superficialis qui limite profondément le pannicule.

Sous le fascia superficialis s'étend une nappe de tissu cellulaire sous-cutané, lamelleux, dans lequel se ramifient les vaisseaux et les nerfs.

b- Le cadre osseux :

En haut, la partie inférieure de la cage thoracique, avant toutes les 7 ou 8 dernières côtes et le processus xiphoïde où s'insèrent les muscles pariétaux de l'abdomen.

En arrière le rachis et la colonne vertébrale (12^{ème} vertèbre dorsale à la 5^{ème} vertèbre lombaire), flanquée par la très volumineuse masse des muscles spinaux extenseurs.

En bas, le bassin.

C- Les muscles :

C1- Muscles de La paroi antérieure :

. Le muscle grand droit :

Muscle ventral et pair, il est situé dans une gaine aponévrotique résistante : la gaine rectusienne.

Il naît sur la face antérieure de la côte 5, de la côte 6 et de son cartilage, du cartilage costale 7 et le processus xiphoïde.

Allongé mince, sa partie supra ombilicale large (10cm environ), présente 3 à 4 intersections tendineuses adhérentes à la lame antérieure de la gaine rectusienne. Son tendon de 3 cm se fixe sur la crête pubienne. Son bord latéral présente une lame fibreuse arciforme (ligament de henné).

. Le muscle pyramidal :

Muscle pair et triangulaire, il est situé en avant de la partie inférieure du muscle droit de l'abdomen dans la lame antérieure de la gaine rectusienne.

C2- Muscles de la paroi latérale :

. Muscle oblique externe :

C'est le plus superficiel des muscles de la paroi antérolatérale de l'abdomen. Il naît sur la face externe des côtes 6 à 12, selon une ligne

oblique en bas et en arrière ; il est plat avec des fibres obliques en bas et médians. Il comprend trois parties :

Une partie postérieure se fixe sur la moitié antérieure de la crête iliaque.

Une partie antérieure donne naissance à une aponévrose solide qui participe à la formation de la gaine rectusienne.

Une partie inférieure est traversée par le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme, qui la divise en 2 piliers, latéral et médian : le pilier latéral se fixe sur le ligament inguinal jusqu'au tubercule pubien, le pilier médian s'insère sur le tubercule pubien et la partie adjacente de la crête pubienne.

Une expansion de ce pilier passe devant le muscle pyramidal et se fixe sur la crête pubienne ; en avant de la faux inguinale controlatérale (le ligament réfléchi). Des fibres arciformes recouvrant l'origine des piliers forment les fibres inter crurales.

. Muscle oblique interne :

Situé contre la face interne du muscle oblique externe. Il naît sur : le fascia thoraco lombaire, les trois quarts antérieurs de la crête pubienne, le tiers latérale du ligament inguinal.

Il est étalé en éventail, avec des fibres qui rayonnent de la crête iliaque.

Il comprend trois parties :

Une partie supérieure, oblique en haut et en avant, se fixe sur la face externe du 10^{ième} cartilage costale et des côtes 10,11 et 12.

Une partie antérieure donne naissance à une aponévrose qui participe à la formation de la gaine rectusienne.

Une partie inférieure s'unit avec celle du muscle transverse pour former la faux inguinale ou tendon conjoint. Celle-ci se fixe sur la crête pubienne, s'unit au ligament lacunaire. Son bord libre limite en haut le canal inguinal, de ce bord se détache le faisceau latéral du muscle crémaster.

. Muscle transverse :

C'est le plus profond des muscles antérolatéraux de l'abdomen. Il naît sur : le versant interne des deux tiers antérieures de la crête iliaque, les fascias iliaque et thoraco lombaire, la face interne des cartilages costales 7 à 10 et les côtes 11 et 12. Ces fibres se mêlent à celle du diaphragme.

Il est plat et formé de fibres parallèle et transverse. Il forme une aponévrose qui participe à la formation de la gaine rectusienne.

C3- la paroi supérieure (diaphragme) :

C'est une cloison musculo aponévrotique mobile jouant un rôle majeur dans la physiologie respiratoire. Il a la forme d'une coupole insérée sur le pourtour inférieur de la cage thoracique, qui remonte à l'intérieur même du thorax osseux.

Ainsi les viscères abdominaux les plus haut situés (foie, rate, estomac) sont masqués par le thorax osseux et méritent le nom d'organes thoraco abdominaux.

C4- La paroi postérieure (lombaire) :

Constituée par la colonne lombaire, elle fait saillie dans la cavité abdominale, réalisant un billot solide. De chaque côté, les muscles psoas et carrés des lombes recouvrent les processus transverses et émoussent latéralement la saillie vertébrale.

C5- La paroi inférieure :

Constituée par le plancher pelvien et les releveurs de l'anus formant le petit bassin. Elle est plus résistante, il existe en son centre une zone fragile constituée par les muscles du périnée.

D- La gaine du droit :

Les muscles droits de l'abdomen sont inclus chacun dans une gaine aponévrotique résistante, la gaine rectusienne à laquelle ils n'adhèrent que par leurs insertions tendineuses à la face antérieure.

Ces gaines sont constituées par les aponévroses des trois muscles latéraux.

L'aponévrose de l'oblique externe contribue à former le feuillet antérieur de la gaine.

L'aponévrose de l'oblique interne se divise en deux feuillets :

Le feuillet antérieur recouvre en avant le muscle droit sur toute sa hauteur, le feuillet postérieur se termine, environ 5 centimètres sous l'ombilic par une arcade, la ligne arquée (Arcade de Douglas).

L'aponévrose du transverse forme au dessus de la ligne arquée le feuillet postérieur et en dessous le feuillet antérieur.

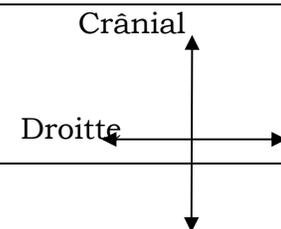
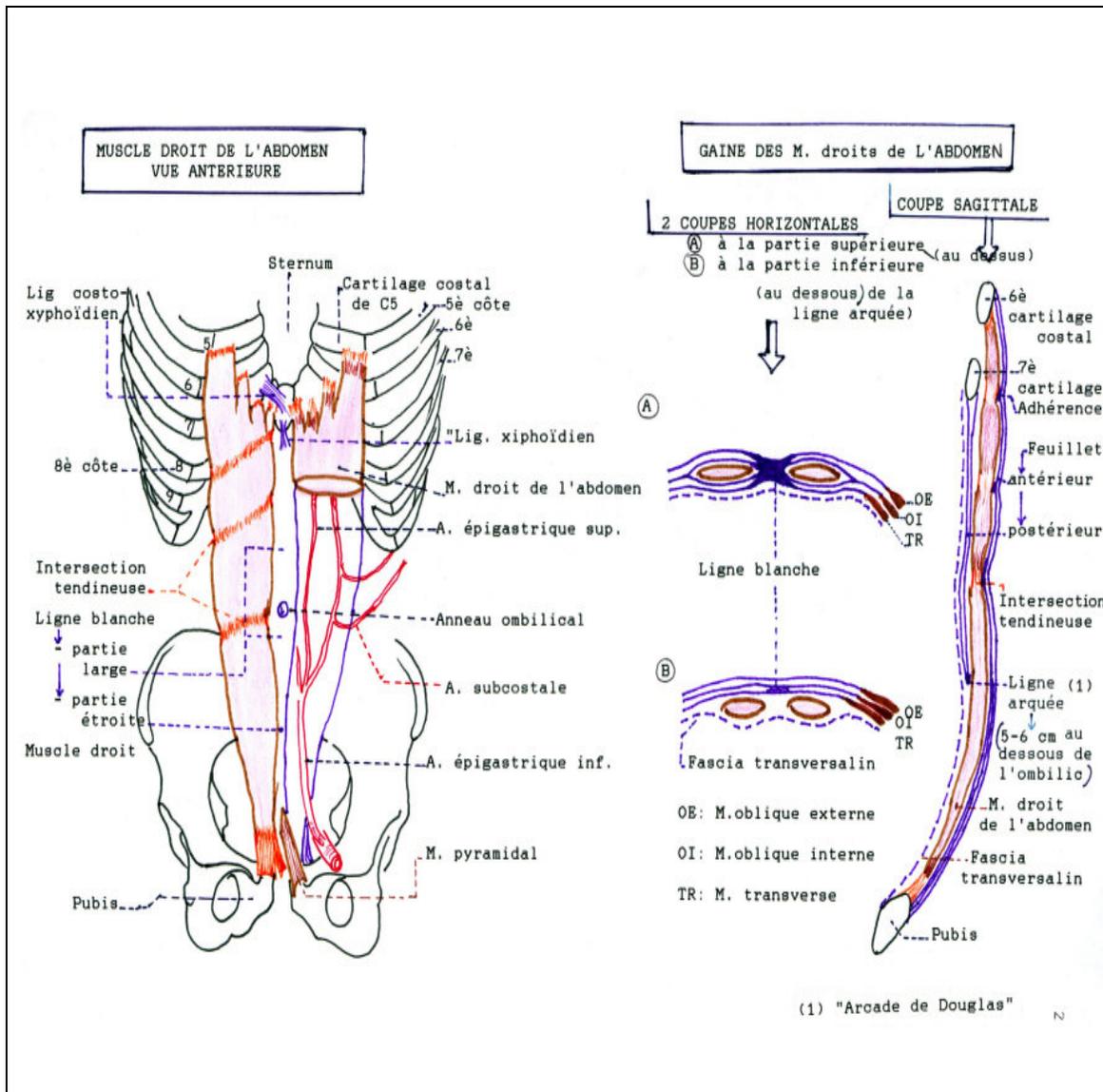


FIGURE 1 [29] Muscles droits et pyramidaux et la ligne blanche

3-2 La cavité abdominale :

De la forme du diaphragme en coupole, il résulte que la cavité abdominale remonte dans la cage thoracique jusqu'au 4^{ième} 5^{ième} espace inter costaux.

En bas la cavité abdominale se rétrécit du fait de la forme en entonnoir du bassin.

En arrière il faut noter la forte lordose lombaire.

3-2-1 Division clinique de l'abdomen :

Cliniquement l'abdomen est divisé en trois régions par 2 lignes horizontales et 2 lignes verticales :

La ligne horizontale supérieure passe par l'extrémité des 10^{ième} côtes tandis que l'horizontale inférieure relie le sommet des deux crêtes iliaques.

Les 2 lignes verticales passant par le milieu des arcades crurales coïncident à peu près avec le sillon latéral du ventre ; ainsi sont délimités les 9 cadrans de l'abdomen : les hypochondres droit et gauche, l'épigastre, les flancs droit et gauche, la région ombilicale, les fosses iliaques droite et gauche et la région hypogastrique.

Ces trois régions cliniques sont de haut en bas : thoracique, sous thoracique et le grand bassin.

3-2-2 La division anatomique :

L'existence du péritoine divise l'abdomen en deux espaces absolument opposés par l'anatomie et la physiologie :

La cavité péritonéale contenant les viscères digestifs en dedans,

Et l'espace retropéritonéal abritant les viscères pelviens en arrière.

a- La cavité péritonéale :

. Le péritoine :

C'est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino pelvienne, c'est-à-dire à la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito urinaire.

On reconnaît au péritoine comme toute membrane séreuse :

- un feuillet pariétal appelé péritoine pariétal appliqué sur les parois de la cavité abdominale et pelvienne. Le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue, par une couche de tissu cellulaire ou cellulo adipeux appelé fascia propria.
- un feuillet viscéral ou péritoine viscéral constitué par le revêtement séreux des organes abdominaux pelviens.
- des replis membraneux qui relient les péritoines pariétal et viscéral. Ces replis sont : les mésos ; les épiploons et les ligaments

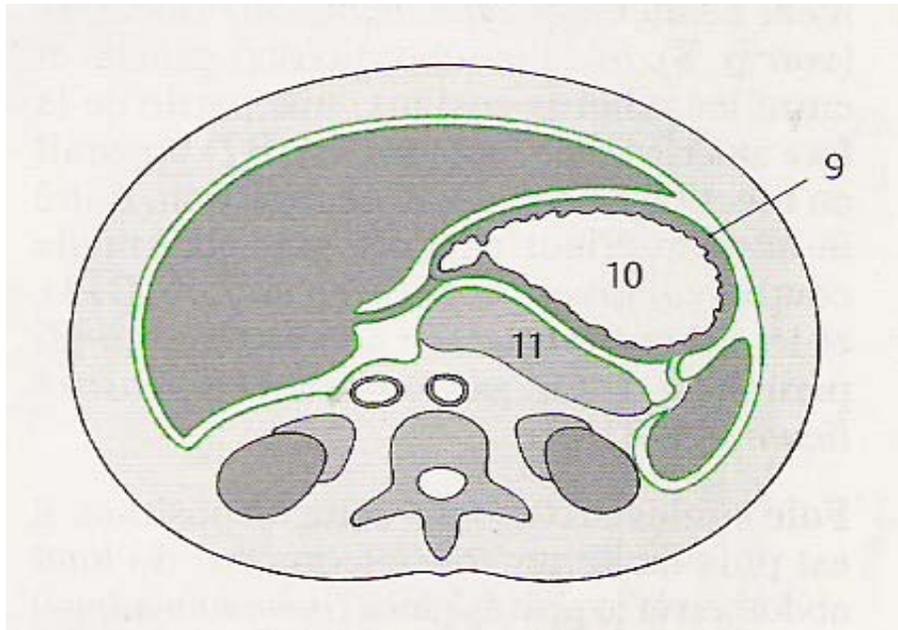
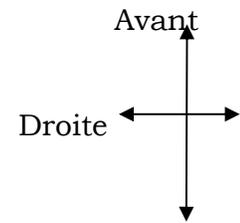


Figure 2: Coupe horizontale de l'abdomen : Rapport des organes avec le péritoine. [28]

9 : péritoine viscéral

10 : l'estomac

11 : pancréas.

. Topographie des viscères :

On distingue :

- Des viscères fixés au péritoine pariétal postérieur : la face postérieure du foie, œsophage abdominal et fundus gastrique, duodénum (sauf segment initial), pancréas (sauf la queue), les colons ascendant et descendant, les angles coliques droit et gauche.

- Des viscères libres mais reliés au péritoine pariétal postérieur par un méso libre : le foie, la rate, l'estomac sauf fundus, la queue du pancréas, le jeuno iléon, le cæcum et le colon sigmoïde.

. Étages sus et sous méso colique :

La racine du méso colon transverse, tendue transversalement d'un hypochondre à l'autre divise la cavité abdominale en deux étages :

Étage sus méso colique :

Ses viscères sont : la rate, le foie, l'œsophage abdominal, l'estomac, les deux 1^{ière} parties du duodénum, la quasi-totalité du pancréas sauf processus uncinatus.

Ses loges sont : l'arrière cavité des épiploons, les loges inter hépato-diaphragmatiques droite et gauche, la loge sous hépatique, la loge péri-splénique.

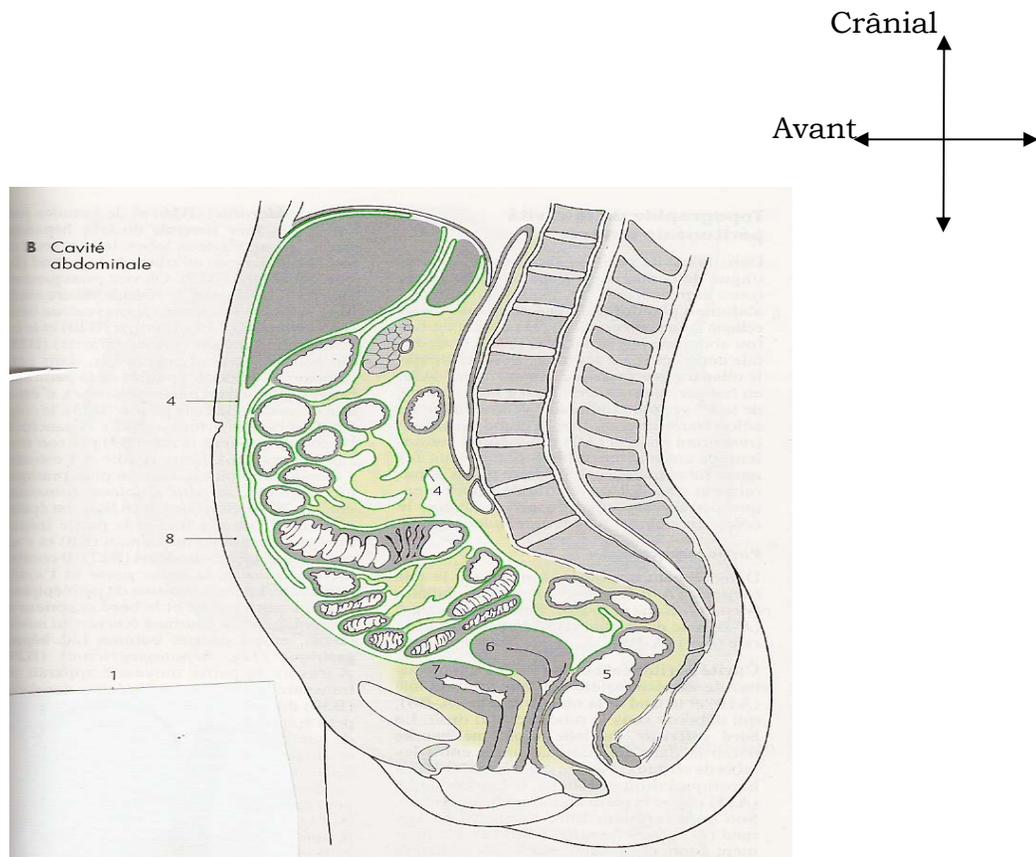


Figure 3: Cavité péritonéale et espace conjonctifs [28]

4 : le péritoine pariétal

5 : le rectum

6 : l'utérus

7 : la vessie

8 : la paroi abdominale antérieure

Étage sous méso colique :

Ses viscères sont : les côlons ascendant et descendant, le jeuno iléon, le processus uncinatus du pancréas et les deux dernières portions du duodénum.

Ses loges sont : les gouttières pariétaux coliques droite et gauche, les loges dextro et sinistro mésentériques.

Au total : les espaces sous méso coliques communiquent largement en bas avec le petit bassin et les épanchements ont tendance à s'accumuler dans le cul-de-sac de Douglas.

b- L'espace rétro péritonéal :

C'est l'espace situé en arrière du péritoine pariétal postérieur.

L'espace rétro péritonéal est compris entre :

- en avant, le péritoine doublé par le fascia pro pria ;
- en arrière, les plans pariétaux doublés profondément par le fascias pariétalis (correspondant au niveau de la paroi antéro latérale de l'abdomen au fascias transversalis).

Le contenu :

Il contient englobé dans un tissu conjonctif cellulo graisseux plus ou moins abondant :

Latéralement, les reins, les uretères et les surrénales ;

Médialement, les vaisseaux pré vertébraux (aorte abdominale à gauche, la veine cave inférieure à droite, les lymphatiques sous diaphragmatiques et les chaînes nerveuses sympathiques).

3-3 Les points faibles de l'abdomen :

3-3-1 La - ligne latérale ou ligne de SPIEGEL :

Les trois muscles larges se terminent à distance du muscle droit par une nappe aponévrotique.

Leur limite latérale n'est pas située sur une même ligne, ainsi le long du bord latéral du muscle droit existe une zone de moindre résistance qui peut être le siège des hernies latérales (hernie de SPIEGEL).

3-3-2 L'ombilic :

L'orifice ombilical est une zone de faiblesse pariétale car il n'est pas recouvert de muscle. A ce niveau la ligne blanche est interrompue par un anneau fibreux entourant la face profonde du sillon ombilical cutané.

Sur cet anneau se fixent trois cordons inférieurs et un cordon supérieur :

En haut la terminaison du ligament rond, reliquat fibreux de la veine ombilicale embryonnaire ;

En bas, l'ouraue, reliquat embryonnaire du canal allantoïdien unissant la vessie à l'ombilic ;

Latéralement de chaque côté les artères ombilicales.

3-3-3 La ligne blanche

Représente le raphé médian de la continuité des gaines rectusiennes. Elle est tendue du processus xiphoïde où elle s'étale à la symphyse pubienne. Il présente : un segment supra ombilical large de 2 à 3 cm environ et un segment infra ombilical de 1 cm de large, sur ce segment s'insère de chaque côté le muscle pyramidal et en avant le ligament fundiforme du pénis ou du clitoris.

La ligne blanche présente quelques petits orifices (vasculaire ou nerveux), dans lesquels le péritoine peut s'engager, réalisant une hernie de la ligne blanche.

L'efficacité fonctionnelle des muscles de la paroi abdominale dépend de la solidité de la ligne blanche, d'où l'importance de sa suture après une laparotomie médiane.

3-3-4 Le canal inguinal :

C'est un tunnel traversant obliquement la paroi abdominale dans la région inguinale. Il est formé par la superposition des muscles latéraux et du fascia transversalis.

Il contient :

Chez l'homme le cordon spermatique,

Chez la femme le canal de Nüeck.

3-3-5 - Le triangle lombaire :

IL est constitué par les constituants du plan musculo aponévrotique superficiel :

- en bas la crête iliaque
- en avant le bord postérieur du muscle oblique externe
- en arrière le bord latéral du muscle grand dorsal.

Dans l'aire de ce triangle la paroi n'est constituée que par le muscle oblique interne et par l'aponévrose postérieure du transverse.

3-3-6 Le quadrilatère lombaire

De forme grossièrement losangique ; dans l'aire de ce losange la paroi n'est constituée que par l'aponévrose postérieure du transverse (doublé vers la ligne médiane par le muscle carré des lombes).

3-4 Physiologie des différentes parois de l'abdomen :

Ces muscles constituent une sangle abdominale particulièrement solide (notamment du fait de leur obliquité différente) : leur contraction diminue le volume de cavité abdominale, jouant un rôle dans l'expiration forcée, de la miction, de la défécation, du vomissement. Ainsi, les muscles droits et muscles obliques prenant appui sur le bassin abaissent les côtes et la cage thoracique provoquant l'expiration. A l'opposé, prenant appui sur le thorax, ils portent le bassin en haut et en avant. Enfin, la contraction unilatérale des muscles obliques entraîne une rotation du thorax.

3-5-Vascularisation et innervation de la paroi abdominale :

3-5-1 Les artères :

Elles sont disposées en trois plans :

-Le plan superficiel :

L'artère sous cutanée abdominale

L'artère circonflexe iliaque externe, branche de la fémorale commune.

-Le plan moyen :

Ces artères sont disposées transversalement : les deux dernières inter costales et les artères lombaires qui passent sous les arcades du psoas, pré croisant le carré des lombes et se perdent dans les muscles larges.

-Le plan profond :

- L'artère épigastrique :

Elle naît de l'artère iliaque externe derrière l'arcade crurale, ou porte l'abdomen en dedans, en la suivant, puis sa crosse autour de l'orifice inguinal profond et remonte derrière le ligament de HESSELBACK. Elle croise alors l'arcade de Douglas et suit la face postérieure du grand droit. Elle se termine autour de l'ombilic en s'anastomosant avec son homologue et avec les branches musculaires de la mammaire interne.

Elle donne : l'artère funiculaire qui suit le cordon en dedans de la fibreuse, anastomose avec l'obturatrice, le rameau sus pubien anastomosé avec ceux de l'obturatrice et de la honteuse interne.

- Les branches musculo aponévrotiques de l'artère mammaire interne : se divisent en regard du processus sternal au niveau du sixième espace inter costal en deux branches :

Branche externe, chemine le long de l'intersection costale du diaphragme ;
Branche interne, emprunte la fente de LARREY et se place à la face postérieure du grand droit dans sa gaine, pour se terminer à l'ombilic, après avoir donné l'anastomose rétroxyphoïdienne.

3-5-2 Les veines :

Leur disposition est analogue à celle des artères, il existe un courant antéro-latérale et un système transversal où les veines se disposent de façon métamérique. Ces réseaux unissent les deux systèmes caves supérieurs et inférieurs, mais de plus au niveau de l'ombilic les veines du ligament rond réalisent une anastomose porto cave.

3-5-3 Les lymphatiques :

. Territoire tégumentaire :

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

Au dessus de l'ombilic il est drainé par les ganglions axillaires,

Au dessous de l'ombilic il est drainé par les ganglions inguinaux superficiels.

. Territoire musculo aponévrotique :

Le pédicule de l'artère épigastrique est drainé par les ganglions rétro cruraux ;

Les pédicules des vaisseaux lombaires sont drainés par les ganglions latéraux aortiques ; le pédicule mammaire interne drainé par les ganglions mammaires.

3-5-4 Les nerfs :

. La paroi antéro latérale de l'abdomen :

Ces muscles sont innervés par les nerfs thoraco abdominaux et par le nerf subcostal.

De plus, ils pourraient recevoir des fibres motrices des nerfs ilio-hypogastrique (grand nerf abdomino génital) et ilio-inguinal (petit nerf abdomino génital).

. La paroi postérieure de l'abdomen :

Le muscle carré des lombes est innervé par le nerf sub costal et par les branches antérieures du plexus lombaire.

. La paroi postéro inférieure de l'abdomen :

L'innervation est assurée par les branches du plexus lombaire

4- Classifications :

4-1 Selon les dimensions : il existe de petits et grands orifices d'éviscération.

4-2 Selon l'origine : Il y a les éviscérations infectieuse ou mécanique.

4-3 Selon le type : on distingue :

4-3-1 Eviscération libre :

Le contenu abdominal apparaît dans le pansement sans interposition péritonéale. L'origine peut être mécanique ou infectieuse.

4-3-2 Eviscération couverte :

. Eviscération adhérente ou fixée :

Le contenu abdominal ne fait pas issue dans le pansement mais apparaît au fond de l'incision désunie. Adhérente car le contenu abdominal est accolé aux berges de la plaie. L'origine peut aussi être mécanique ou infectieuse.

. Eviscération sous cutanée :

Comprend les mêmes lésions, mais est caractérisée par le fait que la peau a résisté. L'origine peut être mécanique ou infectieuse.

5- PHYSIOPATHOLOGIE

L'éviscération met le chirurgien en présence d'une brèche pariétale, dont l'existence impliquerait des gestes mécaniques de réparation. Les signes de l'éviscération qui rassemblent les troubles physiopathologiques peuvent être observés chez les malades présentant une grande orifice, apparaissant dans les circonstances diverses, relèvent de causes différentes, et peuvent être rangés en cinq groupes principaux :

5-1 Les troubles musculaires :

L'éviscération est une désinsertion musculaire qui évolue en trois temps :

-La désinsertion des muscles abdominaux s'effectue d'abord dans un plan frontal. La ligne blanche représente un lieu d'insertion des muscles abdominaux.

Le fonctionnement des muscles larges implique que leur insertion sur la ligne blanche soit intacte. Les éviscérations médianes représentent une véritable désinsertion de la sangle musculaire latérale : les fibres des muscles larges se rétractent subissent une atrophie, parfois une sclérose, souvent une dégénérescence scléro-adipeuse proportionnelle à la grandeur de l'orifice et de la durée d'évolution de l'éviscération.

-La paroi abdominale s'ouvre ensuite comme une porte sous la pression des viscères abdominaux, qui ont tendance à s'échapper en profitant de la désinsertion musculaire.

-Enfin les droits se sagittalisent, la porte est grand ouvert et la contraction des muscles va désormais s'effectuer de telle façon qu'ils vont expulser le contenu abdominal.

5-2 Les troubles respiratoires

La paroi abdominale participe largement à la mécanique ventilatoire, solidaire de la pompe diaphragmatique ; elle joue également un rôle à la circulation de retour et à la statique du tronc.

La perte de substance pariétale et l'extériorisation des viscères vont entraîner une diminution de la pression abdominale, un abaissement du diaphragme, puis son atrophie progressive.

Les désordres respiratoires qui en résultent, doivent être au premier plan les préoccupations du chirurgien.

5-3 Les troubles viscéraux

Ils surviennent à la suite de la chute de pression intra abdominale, chez les malades présentant un grand orifice d'éviscération libre. Les muscles s'écartent l'un de l'autre, le péritoine est soufflé progressivement dans la graisse sous-cutanée par la pression qu'exerce les organes intra-abdominaux.

Le péritoine constitue alors une sorte de sac qui contient l'intestin en position debout, ou à l'effort, lequel intestin réintègre l'abdomen au repos, en position allongée.

L'exposition des anses digestives à l'air libre ou leur présence sous des pansements traumatisants, va entraîner l'érosion puis la fistulisation digestive qui va ajouter sa gravité à la situation : c'est l'une des raisons du caractère urgent du traitement de l'éviscération.

5-4-Les troubles vasculaires

Le retour à travers la veine cave inférieure est perturbé :

la diminution de la pression intra abdominale de la même manière que pour le jeu du muscle diaphragmatique va entraîner une gêne au retour veineux à travers la veine cave inférieure.

C'est donc un facteur de stase sanguine et une diminution du pré charge.

4-5- Altération des téguments

La peau est réduite à un derme mal vascularisé, dépourvu, de son tissu sous-cutané de soutien. L'hypoxie tégumentaire aboutira parfois à l'apparition d'un ulcère trophique.

D'autres troubles cutanés sont moins spécifiques : l'excédent cutanéograissex en tablier abdominal, le port d'une ceinture de contention peut entraîner des lésions d'intertrigo surinfecté.

6- Etiologies et facteurs de risque [9, 10, 11]

6-1 Etiologie :

. Infectieuses

- L'infection péritonéale : C'est la cause essentielle de l'éviscération dans l'évolution du processus infectieux péritonéal. Ici la déhiscence commence à l'intérieur et le plus souvent l'éviscération est couverte par les points cutanés.
- L'infection pariétale : Ici le processus commence au-dessus du plan musculo-aponévrotique. L'infection une fois constituée va faire en sorte que le processus de cicatrisation s'arrête.

6-1-2 Mécaniques

C'est soit une complication d'une affection à distance entraînant une hyperpression intra abdominale ou une déficience de la cicatrisation.

- utilisation exclusive de matériels résorbables, mauvais affrontement des différents plans pariétaux, manque d'asepsie,
- Incision sur la ligne médiane.
- Certains procédés de suture : en surjet, en un plan,

6-2 Facteurs de risque :

- Facteurs généraux : diabète, l'obésité, l'ascite, anémie, l'hypo albuminémie et un drainage intempestif par la cicatrice principale,
- Pathologies respiratoires : l'asthme, la bronchite chronique...
- Reprise précoce et la chirurgie d'urgence, malades opérés plusieurs fois,
- les antécédents d'éventration, multiparité, les enfants et les vieillards,
- Certains types de chirurgie (propre contaminée, contaminée, sale),

- l'immunodépression et les malades présentant un cancer avancé.
- Dénutrition avec une carence azotée, une carence en vitamine C et/ou B, les déficiences organiques avec hypo protéinémie; d'où sa fréquence au cours des néoplasies viscérales.
- Elle est très souvent le témoin d'une complication intra péritonéale (fistule, abcès) expliquant sa fréquence après chirurgie colique et gastrique

7- Eude anatomique

Selon les dimensions de l'orifice de l'éviscération, existent de grosses et de petites éviscérations ; distinction importante sur le plan thérapeutique. L'orifice est petit le traitement est aisé ; les grosses éviscérations posent des problèmes plus complexes.

Quelle que soit la taille de l'orifice, la paroi d'une éviscération est constituée par les plans suivants :

Une peau présentant l'incision de la première intervention,

Le tissu cellulo adipeux sous cutané a pratiquement disparu,

Le plan musculo aponévrotique a complètement cédé,

L'éviscération est donc parfois libre, parfois adhérente à la face profonde de la paroi.

L'éviscération, parfois cloisonnée par des brides ou du diaphragme, est couverte par de fausses membranes ou de l'épiploon.

L'étranglement est donc possible pour un orifice étroit.

8- Etude clinique

8-1 -Type de description : éviscération mécanique libre chez un sujet âgé.

• Signes généraux :

Altération de l'état général

Amaigrissement, dénutrition, déshydratation

Fièvre

Angoisse

Conjonctives pâles

• Signes fonctionnels :

Vomissement et/ou toux

Dyspnée

Douleur abdominale

• **Signes physiques :**

Inspection :

Suintement séreux mouillant le pansement

Distension abdominale

La défection du pansement permet de voir un segment du tube digestif ou de l'épiploon à travers les berges de la plaie.

Palpation :

Douloureuse abdominale

Auscultation :

Cœur : tachycardie

Pulmonaire : normal

Percussion : Matité

8-2 Les examens complémentaires [9]

8-2-1 examens morphologiques :

. Abdomen sans préparation :

On peut faire appel à cet examen au cours d'une éviscération de type infectieuse lorsque les signes occlusifs s'associent.

. Radiographie du thorax :

Il a de l'importance pour analyser les plages pulmonaires et de porter le diagnostic sur le plan pulmonaire.

. Echographie abdominale :

Elle va rechercher l'éventualité d'une infection intra-péritonéale ou tout autres causes d'éviscération (abcès profond...).

. Fistulographie :

Elle est d'un bon apport devant une éviscération infectieuse, à la recherche d'une fistule digestive à l'origine de la péritonite post opératoire.

8-2-2 Examens biologiques

Ils sont demandés dans le cadre du bilan pré opératoire et de la recherche diagnostique.

Ce sont : Numération formule sanguine, la glycémie, la protidémie, ionogramme sanguin, la sérologie **B83**, goutte épaisse, taux de

prothrombine, le temps de céphaline activé.

8-3- Les formes cliniques:[9]

8-3-1 Eviscération infectieuse libre :

7-3-2 Eviscération fixée

8-3-3 Eviscération secondaire à une péritonite

Le contexte est celui d'une péritonite post opératoire. Il s'agit le plus souvent d'une éviscération fixée, elle peut être aussi libre.

8-3-4- Eviscération associée à une fistule exposée:

Cette fistule complique la prise en charge.

8-3-5 Eviscération avec perte de substance

C'est une situation assez grave. De la même manière que précédemment cette nécrose pariétale va compliquer la prise en charge.

8-3-6 Eviscération récidivante :

9- Diagnostic différentiel

Le terme d'éviscération post opératoire couvre en réalité plusieurs lésions assez différentes :

- . Les éviscérations traumatiques
- .Les éviscérations trans-anales
- . Les laparoschisis
- . L'omphalocèle
- . Lâchage des fils cutanés sur une suppuration pariétale
- . Éventrations post-opératoires

10- Diagnostic positif

Le diagnostic d'éviscération est facile.

Lorsqu'un opéré présente dans les 15 premiers jours suivant l'intervention, une extériorisation des anses digestives secondaire à un lâchage de la suture pariétale.

Les examens morphologiques n'ont pas un apport diagnostique, ils sont demandés pour une recherche étiologique.

A l'image des examens morphologiques, les examens biologiques sont demandés pour la recherche étiologique et pour le bilan pré opératoire.

11- Evolution :

Elle se fait vers les complications qui sont la fistule digestive, l'infection respiratoire, la détresse respiratoire et la mort.

Dans certains cas secondaires à une infection pariétale, l'éviscération fixée va évoluer vers l'éventration sous l'influence des soins locaux.

12 Traitement [23]

12-1 BUT :

Reconstituer la paroi

Prévenir les troubles respiratoires

Eviter les pièges de l'infection résiduelle

Explorer toute la cavité péritonéale à la recherche d'une cause et l'éradiquer

12-2 Moyens

Le traitement de l'éviscération est urgent et chirurgical.

Le traitement médical est étiologique et adapté en fonction des résultats des examens radiologiques et biologiques.

a- Médicaux:

Remonter l'état général du patient : solutés, transfusion, plasma, en suivant les dosages précis des constantes biologiques.

Adapter un régime riche en protide.

Instaurer une vitaminothérapie.

Antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme

Recherche étiologique du mécanisme et son traitement

Kinésithérapie respiratoire.

Contention simple : Elle met à profil la péritonite adhésive en attendant qu'un tissu de granulation vienne combler la brèche pariétale.

Pansement atraumatique : doit se faire avec des compresses imbibées de sérum physiologique et des feuilles à base de produits pro inflammatoires.

b- Chirurgicaux

Anesthésier le malade sous anesthésie générale la moins toxique, mais le relâchement musculaire devra être suffisant pour permettre la réintégration viscérale et la ré-suture pariétale dans les meilleures conditions techniques.

.Suture :

C'est la plus utilisée. Elle reste l'objet de beaucoup de controverse qui porte sur le détail technique :

- Suture en un plan où en plusieurs plans ;
- Type de points (points simples, points de renforcement) ;
- Mode de serrage des nœuds (bourdonnets latéraux, drain de Redon) ;
- Type de fils utilise (résorbable, irrésorbable).

. Plasties aponévrotiques :

Elle consiste à faire des incisions de décharge longitudinale le long des 2 bords externes des grands droits afin de ramener 2 lambeaux musculo aponévrotiques qui seront suturés sans tension au niveau de la ligne médiane.

. Prothèse : On distingue

Prothèses transitoires :

Peuvent être utilisées pour renforcer une suture en un plan. On peut aussi mettre au contact des anses et sous la suture une plaque de SILASTIC. Celle-ci sera secondairement retirée dès que la paroi sera jugée assez solide. On peut utiliser un champ vaseliné.

Prothèses définitives :

Sont constituées, elles par des plaques qui vont combler sans suture associée la béance pariétale. Il peut s'agir des matériaux inertes comme le MERSELENE et le filet de vicryl.

Grefe de peau Il peut s'agir de peau conservée dans une solution de cialit.

13- Indication : [23]

Elle dépend de :

- L'origine de l'éviscération (mécanique ou infectieuse)
- De la possibilité de rapprocher les berges musculo-aponévrotiques
- Du type d'incision

- De l'état du patient
- Des moyens dont on dispose
- Et de l'expérience de l'équipe chirurgicale

13 -1 Eviscération mécanique libre

- Traitement de la cause
- Suture simple (anatomique)
- Suture en un plan sur bourdonnets latéraux
- Suture + prothèse
- Plastie aponévrotique

13-2 Eviscération infectieuse libre sans cause intra péritonéale

- Suture simple (anatomique)
- Suture en un plan sur bourdonnets latéraux

13-3 Eviscération infectieuse fixée sans cause intra péritonéale

- Soins locaux avec pansement pro inflammatoire
- Suture simple (anatomique)
- Suture en un plan sur bourdonnets latéraux

13-4 Eviscération infectieuse avec cause intra-péritonéale

- Traitement de la cause
- Traitement de l'éviscération
- a- Suture bout à bout possible (pas de tension) :
 - Suture simple (anatomique)
 - Suture en un plan sur bourdonnets latéraux
- b- Suture bout à bout impossible (tension excessive) :
 - Prothèse
 - Suture cutanée de renforcement

13-5 Eviscération avec fistule exposée

Traitement de la fistule

Le traitement de l'éviscération dépend de la possibilité de rapprocher ou non les berges musculo-aponévrotiques.

13-6 Eviscération avec perte de substance (nécrose pariétale)

La prothèse prend ici toute sa valeur

14 Les complications

14-1 Précoces

- **Les sepsis** : ils sont plus ou moins importants selon son siège et selon le siège de la prothèse.
- **Hématome** : est lié à des décollements et dans certains cas à un drainage insuffisant.
- **Reéviscération** :

14-2 Tardives :

Suppurations : peuvent survenir plusieurs jours après la mise en place de la prothèse. Cette suppuration est généralement fistulisée à la peau au niveau de l'ancienne incision.

14-3 Autres complications : [9]

- **Décès**
- **La nécrose cutanée** : peut être la conséquence d'un décollement important
- **Eventration post opératoire**

15- Le pronostic [3]

Le pronostic est grave, car le risque d'infection pariétale, d'occlusion intestinale ou de fistule digestive peut se voir.

Le pronostic est fonction du terrain, de la cause de l'éviscération et du stade pendant lequel le patient a été opéré.

Les éviscération mécaniques, qui se relèvent d'une « mal union » et/ ou « désunion », celles qui sont dues à une suture imparfaite ; sont d'un pronostic relativement bon, si la réintégration a eu lieu de bonne heure.

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

1- cadre d'étude

Le centre hospitalier universitaire (CHU) du Point « G » est l'un des trois hôpitaux nationaux du MALI. C'est un centre de référence de troisième niveau. Il est situé à 8 km du centre ville de Bamako, au nord sur la colline du Point « G ».

Au niveau de cet hôpital sont référés les malades de la ville de Bamako et ceux de l'intérieur du pays.

Présentement l'hôpital compte 18 services dont deux services de chirurgie générale : chirurgie « A » et « B ».

Notre étude a été réalisée dans ces deux services de chirurgie du CHU de Point « G » et dans le service des urgences chirurgicales, de chirurgies générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

- Les activités du service de chirurgie « A » sont dominées par la chirurgie digestive et thoracique.

Ce service comprend deux pavillons (PTFT et chirurgie « II ») et 3 catégories d'hospitalisation.

En 1^{ère} catégorie, nous avons 3 salles d'hospitalisation à 2 lits. Ces salles sont climatisées avec des toilettes internes chacune. Elles sont localisées au PTFT.

En 2^{ème} catégorie, nous avons 4 salles d'hospitalisation à 4 lits. Ces salles sont ventilées avec des toilettes internes chacune. Elles sont également au PTFT.

En 3^{ème} catégorie, nous avons 3 salles d'hospitalisation à 6 lits. Elles ne sont ni climatisées ni ventilées. Les toilettes sont communes et externes. Elles sont en chirurgie « II ».

- Le service de chirurgie « B » est spécialisé en chirurgie viscérale et vasculaire.

Il comprend deux pavillons (DOLO SOMINE et chirurgie « I ») et 3 catégories d'hospitalisation.

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

En 1^{ière} catégorie, nous avons 4 salles d'hospitalisation à 2 lits. Elles sont climatisées avec des toilettes internes chacune, sont localisées au pavillon DOLO SOMINE ;

En 2^{ième} catégorie, nous avons 3 salles d'hospitalisation à 4 lits. Elles sont ventilées avec des toilettes internes chacune, sont aussi au pavillon DOLO SOMINE ;

En 3^{ième} catégorie, nous avons 2 salles d'hospitalisation à 8 lits, Elles ne sont ni climatisées ni ventilées. Les toilettes sont externes et communes. Elle est localisée en chirurgie « I ».

Le CHU Gabriel TOURE est situé au centre administratif de la ville de Bamako en commune III.

A l'intérieur de cet établissement se trouvent :

- Le service des urgences chirurgicales au Sud ouest.
- Le service de chirurgie générale et pédiatrique au sein se trouve du pavillon Benitieni FOFANA.

Il comprend :

- L'unité de chirurgie générale avec 32 lits d'hospitalisation et une salle de pansement.
- L'unité de chirurgie pédiatrique avec 26 lits d'hospitalisation et une salle de pansement.
- Le bloc opératoire est composé de trois salles que le service partage avec les autres spécialités de chirurgie (Orthopédique, traumatologie et urologie).
- Une salle de stérilisation est contiguë au bloc opératoire.

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans les services de chirurgie « A » et « B » du CHU de Point « G » et dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

3- Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de 3 ans, allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2007.

4- Patients

Tous les patients ont été recrutés dans les services de chirurgie « A » et « B » du CHU de Point « G » et dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du « CHU » Gabriel TOURE.

Le recrutement a concerné les patients de tout sexe et de tout âge.

Un questionnaire établi nous a permis de recueillir tous les renseignements nécessaires pour chaque patient.

5- Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude :

Les éviscérations aigues post-opératoires pris en charge chirurgicalement dans les services de chirurgie « A » et « B » du CHU de Point « G » et dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du « CHU » de Gabriel TOURE.

6- Critères de non inclusion

N'ont pas été retenus dans notre étude :

- Les éviscérations traumatiques
- Les éviscérations trans-anales post-opératoires
- Les cas d'omphalocèle
- Les cas de laparoschisis
- Les patients ayant des dossiers incomplets
- Les patients pris en charge en dehors de la chirurgie « A » et « B » du CHU de Point « G » et dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du «CHU » de Gabriel TOURE

7- Echantillonnage :

Les critères d'inclusion nous ont permis de recruter 53 patients présentant une éviscération aigue post-opératoire sur un total de 4368 laparotomies.

8- Méthodes

Pour bien mener ce travail nous avons adopté le plan suivant :

. La recherche bibliographique

. La confection de la fiche d'enquête :

Elle a été faite par nous même, corrigée par le directeur de thèse et ses assistants et comporte :

- Une partie portant sur les données administratives : Age, Sexe, Profession, provenance, les ATCD et la durée d'hospitalisation.

- Une partie portant sur les facteurs de risque et les principales étiologies.
- Une partie portant sur les paramètres cliniques et para-cliniques, le diagnostic et traitement.
- Et une partie portant sur le suivi post opératoire.

. La collecte des données :

Les données ont été collectées à partir :

- Des dossiers médicaux,
- Des registres des comptes-rendus opératoires,
- Des registres d'hospitalisation et de consultation,
- Des fiches d'anesthésie,

. Une phase de rédaction :

. Une phase d'analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi-info version 6.0.

RESULTATS

IV RESULTATS

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007. Elle a porté sur 53 patients ayant subi une intervention chirurgicale pour éviscération aigüe post-opératoire dans les services de chirurgie « A » et « B » du CHU de point « G » et dans le service des urgences chirurgicales, de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

Pendant les trois années de notre étude, il y a eu :

17570 Consultations chirurgicales
12820 Hospitalisations
8741 Interventions chirurgicales
4368 Laparotomies
2209 Interventions abdominales urgentes
2159 Interventions abdominales réglées

Les éviscérations aiguës post-opératoires ont représenté :

0,3% des consultations chirurgicales
0,41% des hospitalisations
0,6% des interventions chirurgicales
1,2% des laparotomies

I Renseignements socio administratifs

Tableau I : Répartition des patients selon les services

Service		Effectif	Pourcentage
Hôpital du	Chirurgie « A »	16	30,2
Point « G »	Chirurgie « B »	10	18,9
Hôpital Gabriel Touré	Chirurgie générale et pédiatrique	27	50,9
Total		53	100

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
0-15	13	24,5
16-31	13	24,5
32-47	5	9,4
48-63	14	26,4
64 et +	8	15,1
Total	53	100

L'âge moyen était de 34,2 ans \pm 22,5 avec des extrêmes de 6 et 75 ans.

Tableau III : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	28	52,8
Masculin	25	47,2
Total	53	100

Le sexe ratio F/M était de 1,12 en faveur des femmes.

Tableau IV : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	25	47,2
Koulikoro	16	37,7
Sikasso	7	13,2
Kayes	4	7,5
Ségou	1	1,9
Total	53	100

Les patients en provenance de Bamako étaient les plus représentés soit 47,2%.

Tableau V : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	19	35,8
Cultivateur	11	20,8
Elève/Étudiant	15	28,3
Commerçant	4	7,5
Fonctionnaire	2	3,8
Militaire	1	1,9
Ouvrier	1	1,9
Total	53	100

Les ménagères étaient les plus représentées soit 35,8% suivies des élèves/étudiants (28,3%).

Tableau VI : Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référé par un médecin	41	77,4
Non référé	12	22,6
Total	53	100

77,4% de nos patients ont été référés par un médecin.

Tableau VII : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Urgence	42	79,2
Malade programmé	11	20,8
Total	53	100

42 sur 53 patients soit 79,2% ont été opérés en urgence.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage
<10	1	1,9
10-20	22	41,5
21-31	17	32,1
>32	13	24,5
Total	53	100

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 26 jours et les extrêmes étaient de 6 jours et 75 jours.

Tableau IX : Répartition des patients selon la catégorie d'hospitalisation

Catégorie d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Catégorie 1	4	7,5
Catégorie 2	21	39,6
Catégorie 3	28	52,8
Total	53	100

Plus de la moitié des patients soit 52,8% étaient admis en catégorie 3.

II Renseignements cliniques pré éviscération

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	8	15,1
Diabète	6	11,3
Infection pulmonaire	2	3,8
Bilharziose	2	3,8
Aucun	13	24,5
Total	53	100

8 patients soit 15,1% étaient hypertendus.

11,3% des patients étaient diabétiques.

L'infection pulmonaire a été retrouvée chez 3,8% de nos patients.

Tableau XI : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	43	81,1
Césarienne	4	7,5
Tumeur de l'œsophage	2	3,8
Hystérectomie	2	3,8
Appendicectomie	2	3,8
Total	53	100

La plupart de nos patients soit 81,1% n'avaient pas d'ATCD chirurgicaux.

Tableau XII : Répartition des patients selon la parité

Antécédents gynéco obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Nullipare	14	46,1
Multipare	6	23,1
Pauci pare	4	15,4
Primipare	4	15,4
Total	28	100

Les nullipares étaient les plus représentées soit 46,1%.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation initial

Motif d'hospitalisation initial	Effectif	Pourcentage
Péritonite	26	49,1
Occlusion	16	30,2
Tumeur gastrique	6	11,3
Fibrome	3	5,6
Lithiase vésiculaire	2	3,8
Total	53	100

Les péritonites et les occlusions ont été les plus représentées soit respectivement 49,1% et 30,2% des motifs d'hospitalisation avant l'EAP0.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le type de péritonite

Type de péritonite	Effectif	Pourcentage
Perforation iléale	17	65,4
Perforation appendiculaire	4	15,4
Perforation gastrique	3	11,5
Perforation utérine	1	3,8
Péritonite primitive	1	3,8
Total	26	100

La péritonite par perforation iléale a été la plus représentée soit 65,4%.

Tableau XV : Répartition des patients selon le type d'occlusion

Type d'occlusion	Effectif	Pourcentage
Volvulus	9	56,3
Strangulation	4	25
Bride	3	18,7
Total	16	100

Le volvulus a représenté 56,3% des occlusions.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le type d'incision

Type d'incision	Effectif	Pourcentage
Incision médiane	48	90,6
Incision transversale	5	9,4
Total	53	100

L'incision médiane avait été faite chez 90,6% de nos patients.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le type de fermeture pariétale

Fermeture pariétale	Effectif	Pourcentage
Plan/plan	34	62,2
En 2 plans	15	28,3
En 1 plan	4	7,5
Total	53	100

La fermeture pariétale plan/plan a été pratiquée chez 62,2% de nos patients.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le type de suture sur l'aponévrose

Type de suture sur l'aponévrose	Effectif	Pourcentage
En X	39	73,6
En surjet	8	15,1
En U	6	11,3
Total	53	100

L'aponévrose a été suturée par des points en X chez 73,6% de nos patients.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le type de fil sur l'aponévrose

Type de fil sur l'aponévrose	Effectif	Pourcentage
Fil résorbable	48	90,6
Fil Non résorbable	5	9,4
Total	53	100

L'aponévrose a été suturée au fil résorbable chez 90,6% des patients.

Tableau XX : Répartition des patients en fonction de la classification d'Altemeier : Classe I (chirurgie propre) ; Classe II (chirurgie propre contaminée) ; Classe III (chirurgie contaminée) ; Classe IV (chirurgie sale).

Type de chirurgie	Effectif	Pourcentage
Classe IV	26	49,1
Classe III	18	33,9
Classe II	6	11,3
Classe I	3	5,7
Total	53	100

Les classes IV et III de la classification d'Altemeier ont été les plus représentées soit respectivement 49,1% et 33,9%.

Tableau XXI : Répartition des patients selon les complications postopératoires (avant la cure d'éviscération)

Complications postopératoires	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	28	52,8
Fistule digestive	15	28,3
Abcès péritonéal postopératoire	6	11,3
Ascite postopératoire	4	7,5
Total	53	100

Les suppurations pariétales et les fistules ont été les plus représentées soit respectivement 52,8% et 28,3%.

III Renseignements cliniques sur l'éviscération

Tableau XXII : Répartition des patients selon le délai d'apparition de l'éviscération par rapport à l'intervention initiale

Délai d'apparition/ intervention initiale (jours)	Effectif	Pourcentage
<5	6	11,3
5-10	21	39,6
11-15	14	26,4
> 15	12	22,6
Total	53	100

Le délai moyen d'apparition par rapport à l'intervention initiale a été de 7 jours avec des extrêmes de 4 jours et 15 jours.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'état général évalué par l'indice de Karnofsky :

- 80% : Des patients qui réalisent les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques signes mineurs de la maladie.

- 70% : Des patients capables de se prendre en charge, mais incapables de mener une vie normale ou de travailler.

- 60% : Des patients nécessitent une aide occasionnelle, peuvent prendre en charge la plupart des soins personnels.

Karnofsky (%)	Effectif	Pourcentage
80	5	9,4
70	15	28,3
60	33	62,3
Total	53	100

62,3% de nos patients avaient un indice de Karnofsky estimé à 60%.

Tableau XXIV : répartition des patients selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Pâleur conjonctivale	42	72,25%
Hypotension	10	18,87%
Hyperthermie	27	50,95%
Tachycardie	28	52,83%
Tachypnée	26	49,06%

Tableau XXV : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Toux	27	50,9
Vomissement	22	41,5
Diarrhée	4	7,6
Total	53	100

La toux et les vomissements étaient les plus représentés soit respectivement 50,9% et 41,5%.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la distension abdominale

Distension abdominale	Effectif	Pourcentage
Absente	34	64,2
Présente	19	35,8
Total	53	100

64,2% des patients n'avaient pas de distension abdominale.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le siège de l'éviscération

Siège de l'éviscération	Effectif	Pourcentage
Médiane sus et sous ombilicale	26	49,1
Médiane sus ombilicale	15	28,3
Médiane sous ombilicale	8	15,1
Ombilicale	4	7,5
Total	51	100

L'éviscération médiane sus et sous ombilicale et sus ombilicale étaient les plus fréquentes soit respectivement 49,1% et 28,3%.

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon le type d'éviscération

Type d'éviscération	Effectif	Pourcentage
Libre	28	52,8
Couvert	25	47,2
Total	53	100

52,3% de nos patients ont présenté une éviscération libre.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la nature de l'organe éviscéré

Nature de l'organe éviscéré	Effectif	Pourcentage
Intestin grêle	41	77,4
Gros intestin	6	11,3
Grand épiploon	6	11,3
total	53	100

L'organe éviscéré le plus fréquent était l'intestin grêle soit 77,4%.

Tableau XXX : Répartition des patients selon l'aspect de l'organe éviscéré

Aspect organe éviscéré	Effectif	Pourcentage
Sain	31	58,5
Recouvert de fausses membranes	18	33,9
Ischémie	2	3,7
Nécrosée	2	3,7
Total	53	100

L'organe éviscéré était sain chez 58,5% des patients et recouvert de fausses membranes chez 33,9% des patients.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le groupage

Sanguin – rhésus

Groupage rhésus	Effectif	Pourcentage
B+	21	39,6
O+	12	22,6
A+	10	18,9
AB+	4	7,5
B-	4	7,5
A-	2	3,8
Total	53	100

21 patients soit 39,8% étaient du groupe B+.

Tableau XXXII: Répartition des patients selon l'ECB du pus et/ou liquide d'écoulement

ECB du pus et/ou liquide d'écoulement	Effectif	Pourcentage
E. Coli	16	72,7
Protéus	4	18,2
Klebsiela oxytoca	2	9,1
Total	22	100

Le germe le plus fréquemment isolé était E. COLI soit 72,7% des patients.

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon les bilans sanguins demandés en urgence

Bilan sanguin		Effectif	Pourcentage
HGB (g/l)	< 8	22	41,5
	8 - 11	13	24,5
	>11	18	34
HCT (%)	< 30	22	41,5
	30-50	13	24,5
	>50	18	34
Glycémie	<4,1	5	9,4
	4,1-6,1	42	79,3
	> 6,1	6	11,3

41,5% de nos patients avaient un taux d'GB < 8g/dl et un taux d'HT < 30%.
Hyperglycémie a été retrouvée chez 11,3% des patients.

IV TRAITEMENT

1-Traitement médical :

Tableau XXXIV: Répartition des patients selon l'antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme

Antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme	Effectif	Pourcentage
Oui	22	41,5
Non	31	58,5
Total	53	100

L'antibiothérapie à été adaptée à l'antibiogramme chez 41,5% de nos patients.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon la pratique d'une transfusion sanguine en per et/ ou post opératoire

Transfusé	Effectif	%
Oui	8	15,1
Non	45	84,9
Total	53	100

15,1% de nos patients ont bénéficié d'une transfusion sanguine.

Tableau XXXVI: Répartition des patients selon le mode de contention abdominale

Mode de contention	Effectif	Pourcentage
Aucun	39	73,6
Bande Velpeau	12	22,6
Gaine	2	3,8
Total	53	100

Nous avons utilisé la bande Velpeau chez 22,6% de nos patients.

2 - Traitement chirurgical

Tableau XXXVII: Répartition des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage
Réfection pariétale sur bourdonnets	28	52,8
Fermeture Plan/ Plan	24	45,3
Fermeture en Paletot	1	1,9
Total	53	100

52,8% de nos patients ont bénéficié d'une réfection pariétale sur bourdonnets.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon le type de matériel de suture utilisé

Matériel de suture	Effectif	Pourcentage
Fil Non résorbable	28	52,8
Fil Résorbable	25	47,2
Total	53	100

Le fil non résorbable a été utilisé pour la fermeture de l'aponévrose chez 52,8% des patients.

V Suivi opératoire

Tableau XXXIX: Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates

Suites opératoires précoces	Effectif	Pourcentage
Simple	37	69,8
Suppuration	11	20,8
Décès	4	7,5
Ré éviscération	1	1,9
Total	53	100

Les suites opératoires ont été simples chez 69,8% de nos patients.

Quatre (4) décès soit 7,5% et une ré-éviscération ont été constatés dans les suites opératoires immédiates.

Tableau XXXX : Répartition des patients selon la durée du bourdonnet

Durée du bourdonnet (jours)	Effectif	Pourcentage
≤ 15	10	35,7
16-21	16	57,1
>21	2	7,2
Total	28	100

Le bourdonnet a été maintenu pendant 21 jours chez 57,1% de nos patients.

Tableau XXXXI: Répartition des patients selon le mode de suivi à 1 mois

Mode de suivi à 1 mois	Effectif	Pourcentage
Sur RDV	27	50,9
Venu de lui-même	19	35,8

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

Vus à domicile	1	1,9
Perdus de vue	1	1,9
Total	53	100

50,9% de nos patients ont été revus sur rendez vous.

Tableau XXXXII: Répartition des patients selon l'évolution à 1 mois

Evolution à 1 mois	Effectif	Pourcentage
Cicatrisation primaire	36	54,7
Cicatrisation secondaire	11	32,1
Décès	5	9,4
Total		100

La cicatrisation primaire a été retrouvée chez 54,7% de nos patients.

Tableau XXXXIII: Répartition des patients selon le mode de suivi à 3 mois

Mode de suivi à 3 mois	Effectif	Pourcentage
Venu de lui-même	16	33,3
Vus à domicile	1	2,1

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

Sur rendez-vous	9	18,8
Perdus de vue	22	45,8
Total	48	100

Nous avons perdu de vue 22 patients soit 45,8%.

Tableau XXXXIV: Répartition des patients selon l'évolution à 3 mois

Evolution à 3 mois	Effectif	Pourcentage
Cicatrisation bonne	21	80,8
Éventration	5	19,2
Total	26	100

Cinq (5) cas d'éventration ont été rencontrés soit 19,2%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2007. Elle a porté sur 53 patients qui ont subi une intervention chirurgicale

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

pour EAPO dans les services de chirurgie « A » et « B » du CHU de Point « G » et dans le service des urgences chirurgicales de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

Les patients ont été recensés à partir des dossiers hospitaliers et des registres des comptes-rendus opératoires.

2-Difficultés rencontrées :

- Notre enquête a été réalisée dans trois services différents.
- La mauvaise conservation des dossiers et archives.
- L'insuffisance de moyens financiers retardant les interventions.
- Le taux élevé de perte de vue a fortement handicapé le suivi post opératoire.

3- RESULTATS

3-1 Fréquence

Tableau XXXXV : Fréquence hospitalière selon les auteurs

Fréquence Auteurs	Effectif	%	EFF/an
Gurleyik, Turquie 2001, 25ans [14]	38	0,92	1,5
Cigdem MT,2006 Turquie,22ans [12]	29	0,8	
Rodriguez H JI, Espagne, 2005 [16]	57	0,45	6,3
Madani, Mali 2007, 6 ans [29]	32	0,37	4,5
Notre étude Mali, 2008 3ans	53	1,2%	

L'EAP0 constitue une complication rare de la chirurgie abdominale ; après une première laparotomie, sa fréquence varie selon les auteurs [12, 14, 16]. Cette variabilité de fréquence peut être liée soit à la taille de l'échantillon, soit à la technique opératoire, soit à l'état général du patient et soit à la durée de l'étude.

Notre fréquence de 1,2% se rapproche à celle retrouvée CIGDEM[12] et GURLEYIK[14] en Turquie.

Elle est plus élevée que celle retrouvée par MADANI[29] au Mali et par RODRIGUEZ[16].

3-2 Age moyen

Tableau XXXXVI : Age moyen et les extrêmes selon les auteurs

Age Auteurs	Moyen	Extrême
Gurleyik G, Turquie 2001 [14]	58 ans	
Rodriguez H JI, Espagne 2005, [16]	70 ans	
Madani, Mali 2007 [29]	27 ans	0 - 66 ans
Notre étude,Mali 2008	34 ans	0 - 75 ans

Notre âge moyen de 34 ans ne diffère pas de façon significative de celui de MADANI (Mali) [29].

Il est inférieur à celui retrouvé par GURLEYIK (Turquie) [14] et par RODRIGUEZ (Espagne) [16], par contre supérieur à celui retrouvé par BELLOWS (USA) [21] et par CIGDEM (Turques) [12].

L'âge jeune de nos patients serait lié à la jeunesse de la population africaine en général et particulièrement au Mali. Selon le service de statistique de notre pays, la tranche d'âge 29-35 ans constitue la majeure partie de la population.

3-3 Sex-ratio

Tableau XXXXVII : Le sexe ratio selon les auteurs

Auteurs Sexe ratio	M/F
Rodriguez Hermoza Espagne 2005 [16]	3, 83
Gurleyik G, Turquie 2001 [14]	3,2
Khan MN, Angleterre 2004 [20]	9,8
Tohme C, France 1991, [10]	1,59
Madani, Mali 2007 [29]	0,9
Notre étude, Mali 2008	0,9

Nous avons trois séries : Espagnole, Turque et Anglaise [16, 14, 20] dans lesquelles les hommes étaient plus nombreux que les femmes.

Par contre dans notre étude et dans celle de Madani (Mali) [29], le sexe ratio était en faveur des femmes.

3-4 Facteurs de risque selon les auteurs

Tableau XXXXVIII : Les facteurs de risque d'éviscération aigue Post-opératoire selon les auteurs

Facteurs de Risque Auteurs	Infection Pulmonaire	Anémie	Dénutrition	Diabète	Obésité	ATCD chirurgicaux
Rodriguez H 2005 [16]	+	+	+	+	+	-
Pavlidis TE Grèce 2001 [13]	+	+	+	+	+	-
Madani, Mali 2007 [29]	+	+	+	+	-	-
Notre étude Mali 2008	3,8%	41,5%	62,3%	11,3%	-	19,7%

Ces facteurs de risque ont été évoqués par tous les auteurs sans donner de chiffre, ils ont en commun:

- Une augmentation de la pression intra-abdominale
- Des Troubles de la cicatrisation.
- L'infection pariétale.

3-5 Diagnostic d'intervention initiale

Tableau XXXXIX : Diagnostic de l'intervention initiale selon les auteurs

DC Auteurs	Péritonite	Occlusion	Tumeur gastrique	Lithiase biliaire
Gurleyik G,2001 Turquie [14]	+	+	-	-
Rodriguez H, [16] 2005, Espagne	50,9%	33,33%	-	-
Tohme C, France 1991 [10]	16,37%	-	-	-
Madani, Mali 2007 [29]	46,8%	40,6%	6,3%	-
Notre étude, Mali 2008	49,1%	30,2%	11,3%	3,2%

Dans toutes les séries ainsi que dans la nôtre, la chirurgie d'urgence et les cancers sont les plus fréquents à l'origine de l'EAPO [14, 16, 10].

Ils entraînent des désordres biologiques et hémodynamiques faisant lâcher la suture digestive et de la paroi.

3-6 Types d'incision

Tableau XXXXX : Le siège d'incision de l'intervention précédente selon les auteurs

Type D'incision		
Auteurs	Médiane	Transversale
Walhausen, USA 2000 [20]	12%	88%
Tohme C, France 1991 [10]	92,92%	3,98%
Madani, Mali 2007 [29]	65,6%	34,4%
Notre étude, Mali 2008	90,6%	9,4%

Dans notre étude 90,6% des EAPO ont siégé sur la ligne médiane. Cela a été approuvé par Tohme C en France [10] et par Madani au Mali [29]. Par contre dans la série Américaine [20] le siège transversal des éviscérations était dominant.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la laparotomie médiane représente la voie d'abord la plus utilisée en urgence.

3-7 Causes d'éviscération

Tableau L : Causes d'éviscération selon les auteurs

Causes Auteurs	Mauvais Affrontement des différents plans	Fistule	Ascite post opératoire	Abcès péritonéal Post opératoire	Suppuration pariétale
Pavlidis TE, Grèce 2001 [13]	-	+	+	+	+
P. Fagnier, 1996 France, [6]	+	+	+	+	+
Gurleyik G, Turquie 2001 [14]	-	+	-	+	44%
Garcia Iniguez Esp 2004 [19]	33%	-	-	-	24%
Tohme C, [10] France 1991	-	-	4,42%	-	-
Madani, Mali 2007 [29]	+	3,1%	-	-	+
Notre étude Mali 2008	-	28,3%	7,5%	11,3%	52,8%

Les différentes causes mentionnées sur ce tableau ont été fréquemment retrouvées par des auteurs [13, 14, 19, 10, 29].

Ces facteurs entraînent un retard de la cicatrisation à l'origine de l'EAPO.

3-8 Délai d'apparition

Tableau LI : Le délai d'apparition par rapport à l'intervention initiale selon les auteurs

Délai	Moyen (jour)	Extrême (jour)
Auteurs		
G. Menegaux, France 1971 [5]	-	5 - 10
J. Patel et L. Leger, France 1969 [8]	-	4 - 9
Cigdem MK, Turquie 2006 [12]	7	5 - 10
Madani, Mali 2007 [29]	7	5 - 15
Notre étude, Mali 2008	7	4 - 15

Notre délai moyen de 7 jours d'apparition de l'EAP0 par rapport à l'intervention initiale a été retrouvé par CIGDEM [12] et par MADANI [29].

Nos extrêmes étaient de 4 jours et 15 jours, par contre dans les séries Turque [12] et Malienne [29] elles étaient respectivement de 5 jours et 10 jours et 5 jours et 15jours.

3-9 Signes généraux selon les auteurs

Tableau LII : Signes généraux selon les auteurs

Auteurs Signes Généraux	Gurleyik G 2001 Turquie [14]	Rodriguez Hermoza, 2005 Esp	Madani, Mali 2007 [29]	Notre série
Hyperthermie	+	+	+	+
Hypotension	-	+	+	+
Tachycardie	-	+	+	+
Tachypnée	-	-	+	+
Pâleur conjonctivale	+	+	+	+

Les signes généraux retrouvés dans toutes les séries caractérisent ceux de l'altération de l'état général.

3-10 Signes fonctionnels

Tableau LIII : Causes du lâchage de la suture selon les auteurs

Causes Auteurs	Toux	Vomissement
J. Patel et L. Leger, France 1969 [8]	+	+
P. Brocq, France 1956 [4]	+	+
G. Menegaux France 1971 [5]	+	+
Madani, Mali 2007 [29]	28,12%	34,37%
Notre étude, Mali 2008	41,5%	32,1%

Ces différentes causes de lâchage ont été évoquées par des auteurs [8, 4, 5, 29].

Un patient qui tousse et/où vomit en post opératoire va solliciter les sutures musculo-aponévrotiques et les faire céder.

3-11 Signes physiques

Tableau LIV : La nature de l'organe éviscéré selon les auteurs

Organe Éviscéré Auteurs	Côlon	Intestin grêle	Grand épiploon
Cigdem MK, Turquie 2006 [12]	+	+	+
PH. Detrie, [2] Frances 1976	+	+	+
P. Brocq, France 1956 [4]	+	+	+
Madani, Mali 2007 [29]	15,6%	81,3%	3,1%
Notre étude, Mali2008	11,6%	69,5%	11,3%

Dans notre étude ainsi que dans toutes les autres, l'organe éviscéré le plus fréquemment retrouvé a été l'intestin grêle.

Cela pourrait s'expliquer par l'importance de la longueur et de la mobilité du grêle.

Ainsi notre fréquence de 69,5% ne diffère pas de façon significative à celle trouvée par Madani.

3-12 Les examens complémentaires

Tableau LV: l'anémie selon les auteurs

Auteurs	N	%	Test statistique
Pavlidis, Grèce, 2001 [13]	89	5	p=0,000003
Rodriguez Hermosa JI, Espagne, 2005 [16]	57	0,45	p=10 ⁻⁷
Wald Hausen et al, USA, 2000, [22]	5	0,1	p=10 ⁻⁷
Madani, Mali, 2006[29]	10	31,25	
Notre étude, Mali 2008	22	41,5	

L'anémie a été un facteur de risque retrouvé dans toutes les séries.

Notre série ne diffère pas de façon significative de celle de la série malienne [29]. Cependant il existe une différence significative entre notre étude et celle des autres [13, 16, 22].

3-13 Traitement

Le traitement de l'EAPO de moyenne ou petite dimension, de l'éviscération mécanique libre et dans les cas où il a été réalisé un mauvais affrontement des différents plans pariétaux ne posent en général pas de problème. La

fermeture plan/plan et/ou le bourdonnet sont plus utilisés dans note étude. Ces techniques ont été affirmées par ces auteurs. [23, 2, 8, 29].

Certains auteurs utilisent la prothèse pour la fermeture pariétale [10, 23] devant : un grand orifice d'éviscération, une nécrose pariétale et une suppuration pariétale.

Ils ont montré que la mise en place d'une prothèse règle définitivement le problème pariétal et diminue le risque de fistule iatrogène et de ré-éviscération.

D'autres font une greffe de peau [2, 23]. Mais son inconvénient est que sa survie dépend de sa pénétration par les néo vaisseaux.

3-14 Evolution

3-14-1 Suites opératoires immédiates

Tableau LVI : Les suites opératoires immédiates selon les auteurs

Suites Opératoires Auteurs	Morbidité	Ré éviscération	Suppuration pariétale	Simple
Wald Hansen, USA 2000 [22]	11/12 91,66%	5/12 41,6%	1/12 8,33%	+
Rodriguez H, Esp 2005 [16]	77%	-	-	+
Madani, Mali 2007 [29]	12,5%	6,25%	6,25%	87,5%
Notre étude, Mali 2008	22,7%	1,9%	20,8%	69,8%

Les complications post-opératoires immédiates ont porté essentiellement sur la suppuration pariétale dans 20,8% des cas dans notre étude.

Notre taux de morbidité de 22,7% ne diffère pas de façon significative de celui retrouvé par Madani [29].

Il existe une différence statistique entre notre taux et celui de RODRIGUEZ (Espagne) [16] et de WALD HAUSEN (USA) [22] $P=10^{-6}$

Cette suppuration pariétale pourrait s'expliquer par :

- Une insuffisance de moyens techniques dans les salles opératoires.

Tableau LVII : Le taux de mortalité selon les auteurs

Mortalité Auteurs	Nombre	Pourcentage
------------------------------------	---------------	--------------------

Rodriguez H, Esp 2005 [16]	57	28%
Cigdem MK, Turquie 2006 [12]	29	34,5%
Wald Hausen USA 2000 [22]	12	8,3%
Pavlidis TE, Grèce 2001 [13]	89	16%
Madani, Mali 2007 [29]	32	6,5%
Notre étude, Mali 2008	53	9,4%

Notre taux de mortalité de 9,4% se rapproche de celui retrouvé par PAVLIDIS (Grèce), par WAID HAUSEN (USA) et par MADANI (Mali) .

Il est par contre plus petit que celui retrouvé par Cigdem MK.[12] et Rodriguez [16].

Les facteurs suivants peuvent influencer ce taux de mortalité :

- AEG
- Pathologie pourvoyeuse
- Tares associées

Tableau LVIII : La durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs

Durée moyenne	En jours
Auteurs	

Cigdem MK, Turquie 2006 [12]	28,5
Rodriguez Hermoza JI, Esp 2005 [16]	28
Madani, Mali 2006 [29]	28
Notre étude, Mali 2008	26

La durée moyenne de 26 jours de séjour à l'hôpital que nous avons trouvé ne diffère pas de façon significative de celle retrouvée par CIGDEM, RODRIGUEZ et MADANI

Elle est surtout influencée par :

- Le type de lésions
- Les complications post opératoires
- Et les lésions associées

3-14-2 Suites opératoires tardive

Tableau LIX : Les suites opératoires tardives selon les auteurs

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

Suites tardives Auteurs	Éventration
S Berkane, 2007 [9]	+
J Visset, France 1973 [23]	+
P L Fagnier, France 1996 [6]	+
Madani, Mali 2006 [29]	+
Notre étude, Mali 2008	19,2%

Les suites opératoires tardives ont été dominées par les éventrations dans notre étude et prouvées par d'autres auteurs [9, 23, 6, 29].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion :

L'EAP0 constitue une complication post-opératoire rare de la chirurgie abdominale à ciel ouvert.

Elle est surtout favorisée par l'infection pariétale, l'anémie, la dénutrition, la fistule et tout facteur entraînant une traction sur l'abdomen. Dans notre étude, elle est survenue, avec une fréquence de 2,39% des cas après une laparotomie en urgence.

Elle se voit en général dans les 15 premiers jours suivant une intervention chirurgicale, chez l'adulte jeune de 34 ans dans notre étude et chez les enfants et vieillards en occident.

L'EAPPO est une complication post opératoire grave de la chirurgie abdominale de par sa morbidité de 22,7% et de sa mortalité de 9,4% dans notre étude.

Le diagnostic de l'EAPPO est essentiellement clinique et basé sur l'interrogatoire et l'examen physique.

Le traitement est chirurgical et consiste à une laparotomie exploratrice, la fermeture pariétale sur bourdonnets donne de bons résultats.

2- Recommandations

Aux autorités

La vulgarisation de la coeliochirurgie.

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

D'équiper de matériels les urgences des différents hôpitaux.

D'équiper les blocs d'instruments de qualité et en quantité suffisantes pour une meilleure prise en charge des patients.

Formation continue du personnel du bloc aux règles d'asepsie.

Aux personnels soignants

Respect du lavage chirurgical des mains.

D'organiser les services d'urgence chirurgicale pour un prise en charge adéquat des urgences abdominales.

De faire une meilleure préparation des patients pour l'intervention.

Respect des règles d'asepsie lors des pansements.

À la population

De consulter à temps un agent de santé en cas de maladie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - CH. DUBOST ; P. LANCE ; A. MONSIEGEON

Pathologie chirurgicale-complication locale : éviscération aigue post opératoire

1956; N°65 ; 617-5 all : 173-174.

2 - PH. DETRIE

Réintervention d'urgence en chirurgie abdominale : éviscération post opératoire.
1976; 617-5 ; DET ; N2374 : 450-453.

3 - PATHOLOGIE CHIRURGICALE 2^e édition

1975; 617-DAT ; N°9836 : 497

4 - P. BROCQ F. POILLEUX et R. CHABRUT.

Traité des urgences en chirurgie, Tome I : éviscération post opératoire.
1956; 617-Bro ; N°4540 : 377-378.

5 - G. MENEGAUX

Éviscération post opératoire

Pathologie chirurgicale Tome II ; 1971 ; 617- MEN : 630-631.

6 - P.L. FAGNIER et E. YAHCHOUCHY

Urgence chirurgicale : éviscération post opératoire.
1996; 617 FAG ; N°8316 : 55-56.

7 - J. PATEL et L. LEGER

Nouveau traité de techniques chirurgicales Tome XIII :

Éviscération aigue post opératoire. 1967; 617-5 LEG : 243.

8 - J. PATEL et L. LEGER

Nouveau traité de techniques chirurgicales Tome XII :

Éviscération aigue post opératoire après intervention biliaire.

1969; 612-089 PAT : 286-287.

9 - S. BERKANE

Chirurgie générale : éviscération abdominale.

31-07-2007.

10 - TOHME C. ; BRECHET E. ; BERNARD A. ; ARNAULD R. VIARD H.

Prévention des éviscérations post-opératoires.

Etude comparative du treillis de polyglactine 910 et les points totaux

Extra-péritonéaux appuyés. Ann. Chir. 1991; 45 : 513-516.

11 - E. LEBHAR ; L. KHAYATA

Plaidoyer pour l'utilisation du filet de vicryl.

Prévention de l'éviscération post-opératoire

Mèd ; chir dig 1992; 21 : 142

12 - Cigdem; Murat one; Abdurrahman; Otcu; Selcuk; Duran; Hatun

Éviscération post-opératoire abdominale chez les enfants, la mesure du possible et les facteurs de risque. Août 2006 : 677-680.

13 - Pavlidis TE. ; Galatianos TN. ; Pagasiogas BT. ; Lasaridis CN.

Atmatzidis KS. Makris JG.

Complete dehiscence of the abdominal wound and incriminating factor.

Eur S-Surg. 2001; 167(5); 351-355

14 - Gürleyik G.;

Factors affecting disruption of surgical abdominal incision in early

Post operative period. Ulus travmaderg 2001 Apr. 7(2) : 96-6

15 - İlçe Z. ; Celay Ir S. ;Akoya F. ; Tekant JT. ; Emir H. ; Sarimurat N. ;

Ergdogan E.; Senyü OF. ; Yeker D.

Intestinal anomalies in childhood: review of 22 years' experience.

Surgtoday. 2003; 33(12): 893-5

16 - Rodriguez-Hermoza JI. ; Codina-CazadorA. ; Ruiz B.; Roig j.; Gironis J.;

Pagadas M. ; Pont G. ; Aldeger X. ; Acero D.

Risk factor for acute abdominal wall dehiscence after laparotomy in adults

Cir Esp. 2005 May; 77(5): 280-6

17 - Hut' an M.; Salapa M.; Vandriakova R.; Potency V.

Rupture of laparotomy incision and its suture using ventrofil.

Rotzhil chir. 2001 Mars; 80(3) : 120-7

18 - Biachi M. ; Cosceu ; Cavalière P. ; Schirru A. ; Caristo I. ; Cavaliere D.

Laparotomie management of small-bowel obstruction.

Chir Ital 2005 Mar-Apr; 57(2): 215-20.

19 - Garcia Iniguez JA. ; Orozco CF.; Mucino Hernandez MI.; Ortega AL. ;

Trabalδος ; Cortes flores AO. ; Hermosillo Sandoval JM. ; Ojeda AG.

Complication of the management of secondary peritonitis with contained-open abdomen. Comparison of the Bogota's bag vs. Polypropylene mesh.

Rev Gastroenterology Mex. 2004 Jul-sep; 69(3): 147-55.

20 - Khan MN. ; Naqvi AH.; Irshad K.; Chaudhary AR.

Frequency and risk factor of abdominal wound dehiscence.

J. Coll physicans surg park. 2004 Jun; 14(6): 355-7.

21 - Bellow CF.; Albo D.; Berger DH. ; Awad SS.

Abdominana wall repair using acellular dermis.

Am J. Surg; 2007 Aug; 194(2): 192-8

22 - Waldhausen JH. ; Davies L.

Pediatric post opérative abdominal wound déhiscence : tranverse versus

Vertical incisions. J am coll surg 2000 jun ; 190(6) : 688-91.

23 - J. Visset

Plasties dans les éviscération.

Actualité chirurgicale 75^e congrès Français de chirurgies 1974 : 710-713.

24 - Y. Laburthe-Tolra

Comblement des pertes de substance de la paroi abdominale par une greffe libre de peau totale fraîchement retourné. 1974 : 728-729.

25 - PH. Detrie

Les lésions susticiables de plasties de la paroi abdominale.

Actualité chirurgicale 75^e congrès Français de chirurgies. 1974 : 690-691.

26 - H. Rouviere ; Ademas

Anatomie humaine, descriptive, topographie et fonctionnel Tome II – Tronc.

12^e édition 1985 : 92-492

27 - H. Rouviere

Précis d'anatomie et de la dissection.

9^{ème} édition, 1976 ; N°9908 ; 501-545

28- Helg A. Fritsch, Wolf Gang Kühnel

Atlas de poche d'anatomie, viscère.

Paris, science médicale Flammarion.

3^{ème} édition ; 2003 : 182-183.

29 - Thèse Madani Doumbia

Étude des éviscération abdominale traumatique et post opératoire

Dans le service des urgences chirurgicales, de chirurgie générale et pédiatrique du CHU de Gabriel TOURE : 2006

30 - Dieng M. ; N'Diaye Aï ; KaO ; Konaté I. ; Dia A. ; Touré CT.

Aspect étiologique et thérapeutique des péritonites aiguës généralisées d'origine Digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans.

Mali médical 2006 Tome XXI, N°4.

31 - Thèse Diabira Lassana

-Étude des éventrations post-opératoires dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Mali 2006-2007

32 - Thèse de Boubacar Mamadou DEMBELE

-Étude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU de Gabriel TOURE. 05-M-215

33 - Guivarch M., Mouchet A.

-Sanglage abdominal par bas de nylon dans l'éviscération post opératoire. Presse Med. 1969 ; 3 : 76-77.

34 - Levasseur J.C., Lehn E., Rignier P.

- La contention interne par prothèse résorbable dans le traitement des grandes éviscérations. J. Chir. 1979 ; 116 : 737-740.

35 - Samama G., Garcia J.C., Brefort G.

- Traitement des éviscérations par endoprothèse résorbable. Ann. Chir. 1983 ; 3 : 685-688.

35 - Levasseur J.C., Lehn E., Rignier P.

- Etude expérimentale et utilisation clinique d'un nouveau matériel dans les éviscérations graves post opératoires. Chir. 1979 ; 5 : 577-581.

36 - Gainant A., Cubertafond P.

Intérêt des prothèses résorbables dans la prévention des éviscérations post opératoires.

In : AFC, Textes 88^{ème} congrès français de chirurgie ; 1986, : 52-55.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I - RENSEIGNEMENTS SOCIO ADMINISTRATIFS

- Q1-N° de la fiche d'enquête/..../
Q2- N° du dossier du malade/.../
Q3-Date de consultation/.../
Q4- Nom et prénom/..../
Q5- Sexe/..../.

Éviscération aigue post opératoire aux CHU de point G et de Gabriel TOURE

- Q6- Age/.../
- Q7- Adresse habituelle/..../
- Q8- Contact à Bamako/...../
- Q9- N° de téléphone/..../.
- Q10- Provenance/.../
- 1- Kayes 2- Koulikoro 3- Sikasso 4- Ségou 5- Mopti
6- Tombouctou 7- GAO 8- Kidal 9- District de Bamako
- Q11- Profession/..../.
- 1- Fonctionnaire 2- Commerçant 3- Cultivateur
4- Ménagère 5- Elève ou Etudiant 6- Agent de l'armée 7- Ouvrier
8- Autres/... /
- Q12- Nationalité/.../
- 1- Malienne 2- Autres
- Q13- Mode de recrutement/.../
- 1- en Urgence 2- Malade programmé
- Q14 Date d'entré/...../.../...../
- Q15 Date de l'intervention précédente...../.../...../...../
- Q16 Date d'éviscération...../.../...../...../
- Q17 Date d'intervention pour éviscération..... /...../...../...../
- Q18- Catégorie d'hospitalisation
...../...../...../.../
- 1- Catégorie 1 2- Catégorie 2 3 – Catégorie 3
- Q19 Délai d'apparition par rapport à l'intervention initiale...../...../
- 1- 0 à 5jours 2 – entre 5 à 10 jours 3- entre 10 à 15 jours 4-> 15 jours
- Q20-Délai de prise en charge après éviscération...../...../
- 1- le jour même 2- 1 jours après 3- 2 jours après
4-Autres...../...../

- Q21 Date de sortie/...../...../.../
- Q22- Durée total d'hospitalisation/...../

II- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PRE – EVISCERATION

- Q23-Antécédants médicaux/.../
- 1- Respiratoires 2- Cancer 3- Anémie 4- Diabète

- 5- Obésité 6-Infection VIH 7-Autres...../...../
- Q24- Antécédents gynéco obstétricaux/.../
- 1-Multiparité 2-Nullipare 3- pauci pare 4- primipare
- Q25- Antécédents chirurgicaux/.../
- 1- Eventration 2- Gastrectomie 3- Césarienne
- 4- Péritonite 5-Hernie de la ligne blanche 6- Lithiase biliaire
- 7- Coeliochirurgie 8- Appendicectomie
- 9- Autres/..
- Q26 Diagnostic per opératoire/.../
- Q27- Type d'incision/.../
- 1- Médiane sus ombilicale 2 – Médiane sus et sous ombilicale
- 3- Xypho-pubienne 4- Flanc droit 5- sous costale
- 6- Sous ombilicale 7 – Flanc gauche 8- Transversale
- 6- autres/...../
- Q28- Fermeture pariétale/.../
- 1- plan /plan 2- En un plan 3- En 2 plans 3- en 3 plans
- Q29- Fermeture de l'aponévrose/.../
- 1- En points séparés 2- En surjet 1- en X
- 2- en U 3- En 8
- 3- Autres...../.../
- Q30- Type de fil sur l'aponévrose/.../
- 1- Résorbable 2-Non résorbable
- 3- Autres...../...../
- Q31- Fermeture de la peau/.../
- 1- points séparés 2- points en X 3- points en U
- 4 autres...../...../
- Q32- Type de fil sur la peau...../...../
- 1- Résorbable 2- Non résorbable 3- Autres...../...../
- Q33- Type de chirurgie...../.../
- 1- chirurgie propre 2- chirurgie propre contaminée
- 3- chirurgie contaminée 4- chirurgie sale
- Q34- Complications post opératoire/.../
- 1- suppuration pariétale 2- Fistule digestive 3- Péritonite 4- Occlusion

5- Déshydratation 6- Dénutrition

7- Hémorragie 8- ascite

9- Autres/.../

III - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SUR L'EVISCERATION

EXAMEN CLINIQUE

Signes généraux

Q35- Etat général évalué par l'indice de karnofsky...../.../

1- 100% 2- 90% 3-80% 4-70% 5- 60% 6- indéterminé

7- autres/.../

Q36-Conscience...../...../

1- Orientée 2- Obnubilation 3-Coma 4-Indéterminé

Q37- Conjonctives/...../

1- Colorées 2- Pâles 3- Ictères

Q38- Tension artérielle (en mm Hg)/.../

Q39- Température/.../.

Q40- Fréquence cardiaque...../.../.

Q41- fréquence respiratoire/...../

Q42 Signes fonctionnels

1 - Douleur abdominale 2- Trouble du transit 3- Toux

4 - Vomissement 5-Dyspnée

A3 Signes physiques

Q43- Distension abdominal...../...../

1- Oui 2-Non 3-Autres 4-Indéterminé

Q44-Aspect des sécrétions...../...../

1- purulente 2- liquidienne 3- Hématique

4- Autres...../.../.

Q45- Siège de l'éviscération/.../

1- Médiane sus ombilicale 2- sous ombilicale

3- Médiane sus et sous ombilicale 4- xypho-pubien

5- Au niveau ombilical

Q46- Type d'éviscération/.../

1- Libre 2- sous cutanée 3- Adhérente

Q47- Nature de l'organe éviscéré/.../

1- grêle 2- colon 3- épiploon 4- vessie

5- autres...../...../

Q48- Aspect de l'organe éviscéré/.../

1- sèche 2-Humide 3-Ischémie 4-Nécrosée 5-indeterminé

6-recouverte de fausse membrane 7-Perforé

Q49 -Pathologie associée à l'éviscération...../.../

1- perforation 2- désunion anastomotique

3- ascite post opératoire. 4- nécrose 5- Abscès de la paroi

6- autres/.../

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Numération formule sanguine et V- S

Q50- Hémoglobine en g/100ml...../...../

1- < 9,4 2- 11,4 – 14 3- > 14

Q51 Hématocrite en pourcentage...../...../

1- < 30 2- 30 – 40 3- > 40

Q52- Glycémie (mmol/l)/...../

1- < 4,1 2- 4,1 – 6,1 3- > 6,1

Q53- Groupe rhésus/.../

Q54- ECB du pus et/-ou liquide d'écoulement/.../

1- E. Coli 2- protéus 3- non 4-autres...../...../

Q55 Sérologie B83...../...../

1- positif 2= non fait 3- négatif

IV- TRAITEMENT

A- TRAITEMENT MEDICAL

Q56- Assistance en réanimation...../.../

1- avant intervention 2- après intervention 3- Non

Q57- Pansement/.../

1- biquotidien 2- pst quotidien 3- PST 1jour sur 2

4- Autres/...../

Q58- Antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme/...../

Q59- Transfusion/.../

1- avant intervention 2- Per opératoire 3- après intervention

Q60- Contention abdominale/.../

1- Bande Velpeau 2- Elastoplast 3- Gaine

Q61-Kinésithérapie respiratoire...../..../

B- TRAITEMENT CHIRURGICAL

Q62- Traitement de la cause de l'éviscération/.../

Q63- Réparation de la paroi...../.../

1- Oui 2- Non

Q64-Fermeture pariétale...../..../

1-plan/plan 2-En 2 plans 3-Bourdonnets latéraux

5- Prothèse

6- Autres...../...../

Q65- Fermeture de l'aponévrose...../..../

1- points séparés 2 - en surjet 3- Point par X 4-Point en U

5- Blair donati 6- Points en 8

5- autres...../...../

Q66-Matériel de suture/...../

1= Résorbable 2- Non résorbable

V- SUIVI POST OPERATOIRE

Q67- Suite opératoire précoce/.../

1-Simples 2-Fistule digestif

3-Péritonite 3- Occlusion 4 - Hémorragie 5-Ré éviscération

6-Décès 7-Suppuration pariétale

8- Si autres à préciser.....

1- Suivi à 1 mois

Q68- Mode de suivi/___/

1-Venu de lui-même 2-Vu à domicile

3- Personne contactée 4-RDV

5- perdu de vue 6-Décès

7. Si Autres à préciser...../.../

Q69 Evolution/___/

1-cicatrisation primaire 2-cicatrisation secondaire

3-Décès

4-nécrose de la paroi 5-Eventration

5 Si autres à préciser...../.../

2- Suivi à 3 mois

Q70 Mode de suivi/____/

1- Venu de lui-même 2-Vu à domicile 3-Personne contacté

4-RDV 5-perdu de vue

6- Si autres à préciser...../.../

Q72 Evolution...../____/

1-cicatrisation primaire 2-cicatrisation secondaire 3-Décès

4- Eventration

5- Si autres à préciser...../.../

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SANGARE

Prénom : SALIF

Titre de la thèse : Eviscération aigue post opératoire au CHU de point « G » et Gabriel Touré de 2005 à 2007.

Secteur d'intérêt : Chirurgies « A » et « B » du CHU de point « G » et Chirurgie générale et pédiatrique et le service des urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré.

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année de soutenance : 2008

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} Janvier 2005 à 31 Décembre 2007 réalisée dans les services de chirurgie « A » et « B » du CHU de point « G » et les services de chirurgie générale et pédiatrique et des urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré. Cette étude a porté sur 53 patients avec un âge moyen de 34 ans et un sexe ratio de 0,9% en faveur du sexe féminin.

Un ou plusieurs facteurs de risque ont été retrouvés chez tous nos patients Vingt-huit patients soit 52,8% ont bénéficié d'une suture en un plan sur bourdonnets latéraux ; vingt-quatre patients soit 45,3% une suture plan/plan avec des points en X et un patient par la fermeture en paletot.

Les complications post-opératoires immédiates ont été dominées par la suppuration pariétale 11 cas soit 20,8% et 1 cas de ré-éviscération soit 1,9%.

La durée moyenne totale d'hospitalisation a été de 26 jours.

Le délai d'apparition de l'éviscération par rapport à l'intervention était de 7 jours avec des extrêmes de 4 jours et 15 jours.

Le taux de mortalité a été de 9,4%.

Durant le suivi des patients, qui a duré 3 mois nous avons eu 5 cas d'éventrations post-opératoires et 22 patients ont été perdus de vue.

Mots-clés : Eviscération aigue post-opératoire et chirurgie.

ICONOGRAPHIE



PHOTOGRAPHIE 1 : EAPO lors d'un pansement



PHOTOGRAPHIE 2 : EAPO recouverte de fausse membrane



PHOTOGRAPHIE 3 : EAPO sous-cutanées (péritonite)