

REFECTIONS PARIETALES ABDOMINALES PAR PROTHESE : RESULTATS DE LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE CHIRURGIE VISCERALE A DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

J-L. Olory-Togbe ^{*1}, S. A. Allode², D. G. Gbessi¹, I. Lawani¹, K. Aoutchemé¹, Adoula³

¹Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A" du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou ; E-mail : joloryt@hotmail.com

² Clinique Universitaire de Chirurgie Générale – Centre Hospitalier Départemental et Universitaire de Parakou

³ Ridge hospital Accra Ghana

Résumé

But : Analyser les résultats des cures par prothèse des hernies et éventrations de la paroi abdominale à la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A" afin de réduire leur morbidité.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, sur cinq ans six mois. Elle incluait 41 patients, tous opérés à froid d'une réfection pariétale par prothèse dans notre service. Une antibioprofylaxie systématique à large spectre était associée.

Résultats : Parmi les patients pris en charge dans le service, 3,1% (n=42) avaient bénéficié d'une cure par prothèse. L'un d'eux a été exclu car perdu de vue. L'âge moyen était de 55ans (±15) et la sex-ratio de 0,71% (17 hommes pour 24 femmes). On retrouvait 16 hernies inguinales (37,2%) dont la majorité était classée NYHUS 3 ou 4 ; 14 éventrations (32,5%) et 11 hernies de la ligne blanche (25,9%) dont la majorité (68%) avait un grand axe d'au moins 10 cm. La technique de RIVES était la plus utilisée (83,3%) pour la cures des hernies inguinales tandis que celle de RIVES et STOPPA était plus utilisée pour les cures d'éventrations et de hernies de la ligne blanche. 88,4% des prothèses

utilisées étaient en Polypropylène (Prolène®), et 11,6% en Polyester (Mersylène®). La morbidité était de 4,88%. La mortalité était nulle.

Conclusion : Les réfections prothétiques des défauts de la paroi abdominale sont très peu pratiquées au Bénin malgré l'avantage de réduction des récurrences qu'elles offrent. La morbidité peu élevée et la mortalité nulle devraient inciter leur vulgarisation.

Mots clés : Hernies inguinales, éventrations, hernie ligne blanche, cure prothétique.

Summary

Aim: Analyse the results of prosthetic hernioplasty in the university clinic of visceral A" surgery in order to reduce their morbidity.

Patients and Method: It was a five years and six month retrospective study, about 41 patients who had prosthetic repair for abdominal wall defect in the clinic. A systematic prophylactic antibiotherapy was associated. Many risk factors were noticed

Results: 42 patients were reviewed, one was lost of view. The mean age was 55 years (±15), and the sex-ratio was 0.71 (17 men and 24 women). We found 16 inguinal hernias (37.2%), 14 incisional hernias (32.5%) and 11 alba line hernias (25.9%). Many risk factors were noticed. The majority of defect was NYHUS 3 or 4 for inguinal hernia (72.7%), and with great size (more than 10cm) for the others defects (64.3%). Surgeons had used very often the Rives technique for inguinal hernia (83.3%). Stoppa-Rives technique had been used very often for the alba line or incisional hernioplasty. The mesh used was Prolene® in majority of cases (88.4%) and Mersilene® in others cases. Morbidity rate was 4.88% and no patient died after prosthetic hernioplasty in our study.

Conclusion: The repair of abdominal wall defect by prosthesis is less practical in Benin in spite of its safety and the advantage in the reduction of recurrences. So these new techniques would better be vulgarized because of the low morbidity and absence of mortality.

Key words: Inguinal hernia, incisional hernia, alba line hernia, prosthetic hernioplasty

Introduction

Les défauts pariétaux représentent une affection très fréquente en pratique chirurgicale. Les techniques de raphie ont été très longtemps utilisées mais sont surtout grevées d'un taux de récurrence élevé (Hureau et al., 1978) et de douleurs post opératoires importantes (Boud et al., 1998 ; Ott, 2003). Les techniques sans tension avec renfort pariétal prothétique sont largement diffusées actuellement de part le monde. Elles ont le double avantage de réduire le taux de récurrence et d'atténuer la douleur postopératoire au minimum permettant une reprise rapide d'activité (Marre et al., 2000). Elles ont l'inconvénient d'une part d'exposer à un risque infectieux qui peut être sévère et d'autre part d'avoir un coût plus élevé. Ces techniques sans tension sont encore très peu utilisées au Bénin et donc peu évaluées, d'où la présente étude qui se propose d'analyser les résultats préliminaires obtenus après cure par prothèses de certains défauts de la paroi abdominale.

Patients et Méthode d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant de façon exhaustive sur 41 patients ayant bénéficié d'une réfection pariétale prothétique, dans la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou (service de l'adulte) durant la période allant du 1er Janvier 2005 au 30 Juin 2010. Un patient a été perdu de vue et donc été exclu de l'étude. Tous les autres ont été revus, examinés et inclus dans l'étude.

Résultats

Durant la période d'étude, 1339 patients ont été pris en charge pour défauts de la paroi abdominale ; mais seulement 42 d'entre eux (soit 3,1%) ont bénéficié d'une cure prothétique. Le pourcentage de perdu de vue est de 2,38% (n=1).

Les 41 patients restants étaient âgés en moyenne de 55ans (± 15) et la sex-ratio était de 0,71% (17 hommes pour 24 femmes). Ils avaient 43 défauts pariétaux dont : 16 hernies de l'aine soit 41,9% des cas dont 2 bilatérales, 11 hernies de la ligne blanche soit 25,6% et 14 éventrations soit 32,5%.

Parmi les 43 défauts opérés 16 soit 37,2% l'étaient pour récurrence et faisaient l'objet d'une réintervention chirurgicale, la raphie avait été la technique utilisée lors de la première intervention. Le motif principal de consultation chez tous était la constatation d'une tuméfaction localisée dont 32%(n= 14) étaient douloureuses. Deux cas d'étranglement étaient diagnostiqués et opérés secondairement à froid après taxis. La majorité des hernies de l'aine (13 /18 soit 72,2%) étaient classées Nyhus 3 ou 4. La majorité des hernies de la ligne blanche et des éventrations (17/ 25 soit 68%) était classée grande ou énorme avec un grand axe supérieur ou égal à 10 centimètres.

Les facteurs de risque le plus souvent retrouvés étaient par ordre de fréquence décroissant l'âge supérieur à 50 ans, l'obésité, le diabète, une toux chronique et un prostatisme. Tous les patients ont été opérés à froid. Les patients porteurs de hernie de l'aine étaient opérés sous rachianesthésie tandis que les patients avec hernie de la ligne blanche ou éventration étaient opérés sous anesthésie générale. Une antibioprofylaxie systématique faite de 1gramme d'amoxicilline et d'acide clavulanique à l'induction et 12 heures après l'intervention a été instaurée chez tous les patients.

La technique de Rives était celle la plus utilisée pour la cure des hernies de l'aine (15 cas soit 83,3%) ; la technique de Lichtenstein a été utilisée dans les 3 autres cas soit 16,7%. Quant aux cures de hernies de la ligne blanche et éventrations seule la technique de Stoppa et Rives était utilisée.

Dans la majorité des cas (38 cas soit 88,4%), la prothèse utilisée était du polypropylène (PROLENE®). La prothèse en polyester (MERSYLENE®) était utilisée dans les 5 autres cas (11,6%).

Les interventions chirurgicales ont duré en moyenne 67,4 minutes \pm 8,5 pour les éventrations et hernies de la ligne blanche et 47,3 minutes \pm 10,5 pour les hernies de l'aine.

La morbidité était de 7,3% marquée par 1 infection pariétale jugulée après antibiothérapie chez un patient séropositif et 1 sérome après cure prothétique d'une hernie de l'aine traité par drainage et 1 cas de récurrence par une brèche ombilicale après cure par prothèse d'une éventration. La mortalité est nulle.

Discussion

L'âge moyen de 64 ans pour les hernies de l'aine et 45 ans pour les éventrations dans notre série, 54 ans en Côte d'Ivoire pour Koffi et al., (2007), 47 ans pour Sani et al. (2004) au Niger, et autour de 60 ans dans les séries européennes (Aufenacker et al., 2002 ; Sanabria et al., 2007) pour les cures de hernies de l'aine, témoignaient de l'indication préférentielle de la prothèse chez le sujet âgé dont le fascia transversalis et les tissus musculo-aponévrotiques sont dégradés et de ce fait exposés à une mauvaise cicatrisation en cas de suture (Hureau et al., 1978)

S'agissant de la classification clinique par rapport à la taille des défets de nombreux auteurs (Verhaghe et al., 2001) s'accordent pour n'utiliser que la cure par prothèse dans les hernies de grandes tailles classées Nyhus 3 ou 4 et dans les grandes éventrations de diamètre supérieur à 10 centimètres.

La récurrence après raphie chez environ 40% de nos patients tous défets pariétaux confondus était également un facteur important dans l'indication de la cure prothétique. Au Maghreb El Alaoui et al. (1995) n'ont que 14% de patients avec une récurrence dans leurs indications de cure prothétique pour hernie de l'aine, la réparation prothétique étant faite en 1^{ère} intention chez la majorité des patients. Par contre dans plusieurs études (Ott et al., 2003 ; El Alaoui et al., 1995 ; Berrada et al., 1996 ; Chuguru et al., 2006) un plus grand nombre de patients ont bénéficié de ce traitement pour récurrence d'éventration ou de hernie de la ligne blanche.

La technique chirurgicale fréquemment utilisée dans notre série a été celle de RIVES pour les hernies de l'aine et celle de RIVES et STOPPA pour les éventrations et hernies de la ligne blanche. Ces 2 techniques qui rallongent le temps opératoire par rapport à celle de PLUG ou de LICHTENSTEIN nous ont paru plus anatomiques. Aucune technique cependant ne semble nettement meilleure à une autre, l'expérience de l'opérateur reste l'élément déterminant du choix de celle-ci (Vrijland et al., 2002 ; Guzman-Valdivia et al., 2003). Notons cependant que la fixation de la prothèse et l'absence de fente semble admises par tous comme facteurs de prévention de récurrence. Le seul cas de récurrence que nous ayons observé dans notre étude était survenu sur une fente de la prothèse certainement un peu trop large créée pour le passage de l'ombilic dans la cure d'une éventration sus et sous ombilicale.

Plusieurs études expérimentales (Marre et al., 200 ; Amid, 2002) ont permis d'établir que le meilleur matériel prothétique est celui qui développe la plus forte activité fibroblastique et dont les mailles sont assez larges pour éviter l'apparition de collection. Pour notre part nous avons souvent préféré les prothèses de Prolène® pour leur mémoire qui facilite le déroulement de la prothèse et leur coût abordable. L'antibioprophylaxie était systématique dans notre étude comme dans celles d'Ott (2003) et d'Aufenacker et al. (2002).

En post opératoire, un seul cas d'infection à staphylocoques a été observé dans notre série ; il s'agissait d'un patient séropositif au virus de l'immunodéficience acquise. L'évolution a été favorable sous antibiothérapie et soins locaux. A ce cas s'ajoute un cas de sérome traité avec succès par drainage et une récurrence sur fente ombilicale qui a évolué avec succès après reprise. Dans les autres études (Verhaghe et al., 2001 ; Amid, 2002) la morbidité notamment le risque infectieux est généralement faible ne semble pas plus élevée qu'en l'absence d'utilisation d'une prothèse ; néanmoins les mesures prophylactiques telle qu'une bonne désinfection de la peau, le changement de gants avant la manipulation de la prothèse qui est trempée dans la Bétadine® et la mise en place d'un drainage au contact de la prothèse sont indispensables.

Conclusion

Les réfections prothétiques des défets de la paroi abdominale sont très peu pratiquées au Bénin malgré l'avantage indéniable de réduction des récédives qu'elles offrent. La morbidité peu élevée et la mortalité nulle dans cette étude devraient inciter leur application en 1^{ère} intention dans le traitement des défets pariétaux en particulier chez les sujets à risque dans notre milieu.

Références

Ani R, Mc Gee JM, Illo A, Lassej JD, Madougou M, Harouna YD. 2004. Cure de la hernie inguinale selon la technique «tension free» de Lichtenstein : Expérience de l'hôpital

Amid PK. 2002. Lichtenstein tension-free hernioplasty for the repair of primary and recurrent hernias. In: HERNIA (NYHUS & CONDON) 5ème Ed. Ed. Lippincott : 157- 417

Aufenacker TJ, Van Geldere D, Van Mesdag . 2002. The role of antibiotic prophylaxis in prevention of wound infection after Lichtenstein open mesh repair of primary inguinal hernia, a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Ann Surg*; 240 (6): 955-61.

Berrada S, El Mouatacim K, B Kadiri B. 1996. Réparations prothétiques des éventrations post-opératoires. *Médecine du Maghreb* 57: 32- 34.

Boudet M.J., Perniceni T. 1998. Traitement des hernies inguinales. *J Chir*; 135 (2) : 57-64.

Chuguru S, Kihunrwa A. Preliminary results on Polypropylene mesh use for abdominal incisional hernia repairs: The Experience at KCMC. *East and Central African Journal of Surgery* 2006; 11 (1): 87-93.

El Alaoui M, Berrada S, El Mouatacim, Kadiri B. 1995. Le traitement prothétique des hernies inguinales bilatérales par voie médiane. *Médecine du Maghreb* 52 : 27 – 29.

Guzman-Valdivia G, Medina O, Martinez A. 2003. Simplified technique for incisional hernia repair with mesh prosthesis. *Hernia* 7: 206-9

Hureau J. A, Mialaret J, Roux M, Olivier CI, Turcot, Patel.1978. Affections abdominales : parois de l'abdomen In SICARDA Pathologie chirurgicale 3e édition Paris : Masson ;, p 472-99.

Koffi E, Bléou G, Akpa-Bedi E, Lebeau R. 2007. Résultat de la technique de Lichtenstein pour la cure des hernies inguinales de l'adulte. *J Afr Chir Digest* ; 7(2):654-60

Marre P, Damas J.M., Pelissier E.P. 2000. Progrès dans le traitement de la hernie inguinale. *J Chir* 137 : 151-4

national de Niamey. *J Afr Chir Digest* 4(2): 359 – 66.

Ott V. 2003. Cures d'éventration avec renforcement par un filet de «MERSILENE» en position pré péritonéale. Thèse Med Université de Genève, N°2003 ; 90p.

Sanabria A, Dominguez LC, Valdivieso E et al. 2007. Prophylactic antibiotics for mesh inguinal hernioplasty a meta-analysis. *Ann Surg*; 245 (3) : 392-6.

Verhaeghe P, Rohr S. 2001. Classification des hernies de l'aine In : *Chirurgie des hernies de l'aine de l'adulte. Monographie de l'AFC* Ed Arnette, Paris : 182 - 185

Verhaghe P, Soler M. Matériaux de sutures et matériaux prothétiques. In : *Chirurgie des hernies de l'aine de l'adulte. Monographie de l'AFC* Ed Arnette, Paris 2001; p. 232-234.

Verhaghe P, Soler M. 2001. La grande prothèse bilatérale de tulle de Dacron : technique de mise en place par voie médiane pré-péritonéale. In : Chirurgie des hernies de l'aine de l'adulte. Monographie de l'AFC Ed Arnette, Paris : 311- 13.

Vrijland WW, Van Den Tol MP, Luijendik R. 2002. Randomized clinical trial of non mesh versus mesh repair primary inguinal hernia. Br J Surg; 3(89):23-45.