

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

GESTION CHIRURGICALE D'UNE ÉVENTRATION POST CHOLÉCYSTECTOMIE : A PROPOS D'UN CAS

DOI: [10.70780/medpeer.000QGPN](https://doi.org/10.70780/medpeer.000QGPN)

AUTEUR ET AFFILIATION

Mostafa kibbou ¹, Nizar Errabi ², Ennouhi Mohamed amine ³, Belhamidi Mohamed Saïd ⁴,
Manfaa Mohamed ⁵

¹ Résident en Chirurgie réparatrice et esthétique Hôpital militaire Molay Ismail Meknès

² Spécialiste en Chirurgie général hôpital Molay Ismail Meknès

³ Professeur chef de service Chirurgie réparatrice et esthétique Hôpital militaire Molay Ismail Meknès

⁴ Professeur Assistant en Chirurgie General Hôpital militaire Meknès

⁵ Professeur chef de Chirurgie général Hôpital militaire Molay Ismail Meknès

Corresponding author: Mostafa kibbou .

RÉSUMÉ

L'éventration est une complication fréquente des laparotomies, mais elle survient plus rarement sur les incisions latérales ou sous-costales. Nous rapportons le cas d'une patiente de 72 ans, sans antécédents médicaux notables, opérée en 2019 pour une cholécystectomie par voie sous-costale. Elle a consulté pour une tuméfaction pariétale latérale, progressivement augmentée de volume et gênante à l'effort. L'examen clinique, complété par une tomodensitométrie abdominale, a confirmé la présence d'une éventration sur cicatrice sous-costale. La prise en charge chirurgicale a consisté en une cure avec mise en place d'une plaque prothétique biface associée à une plastie pariétale, avec des suites opératoires simples et sans récurrence au recul. Ce cas illustre la rareté des éventrations sous-costales et souligne l'importance du renforcement prothétique dans leur traitement afin de réduire le risque de récurrence.

MOTS-CLÉS

éventration, cicatrice sous-costale, plastie abdominale, chirurgie prothétique.

ARTICLE PRINCIPAL

Introduction :

L'éventration, également appelée hernie incisionnelle, est une hernie apparaissant au niveau d'une cicatrice chirurgicale. Elle concerne exclusivement des orifices acquis, conséquence d'une chirurgie abdominale antérieure, et constitue une complication fréquente des laparotomies, en particulier après incision sous-costale[1].

Elle représente 84 % des anomalies musculo-aponévrotiques observées au service de chirurgie plastique et réparatrice de l'Hôpital militaire Moulay Ismaïl de Meknès[2]

Les éventrations peuvent être responsables d'un inconfort esthétique, de douleurs et de complications fonctionnelles. Leur traitement repose sur la chirurgie réparatrice, le plus souvent associée à la mise en place d'une prothèse.

Observation :

Madame B. F, âgée de 72 ans, originaire et habitante de TAZA Mariée mère de 03 enfants épouse d'un retraité des forces armées royales Sans antécédents médicaux particuliers, opérée en 2019 pour une cholécystite aiguë par une laparotomie sous-costale droite suite à un défaut de contrôle hémostatique par voie coelioscopique dans une clinique privé.

Histoire de la maladie

Remonte à trois ans par l'apparition d'une d'une voussure progressive occupant tout le flanc gauche gênante à l'effort et responsable d'un inconfort fonctionnel. Poussant la patiente à faire des consultations avec mise en route des traitement médicaux et des support abdominaux a type de ceintures sans aucune amélioration ,10 jours avant son admission la patiente a commencé à faire un syndrome subocclusif fait de vomissement avec arrêt de matière sans arrêt de gaz conduisant à la réalisation d'un scanner abdominal qui a révélé une énorme éventration abdominale.

Examen clinique :

volumineuse éventration latérale droite, expansive à la toux, réductible partiellement, sans signes de souffrance digestive.



Figure 1 : *vue latéralisée montrant le volume de l'éventration en décubitus dorsal*

Examens complémentaires :

TDM abdominal confirmant une large éventration étagées avec deux orifices latéraux sur cicatrice de laparotomie, avec collet large et important défaut musculo-aponévrotique.

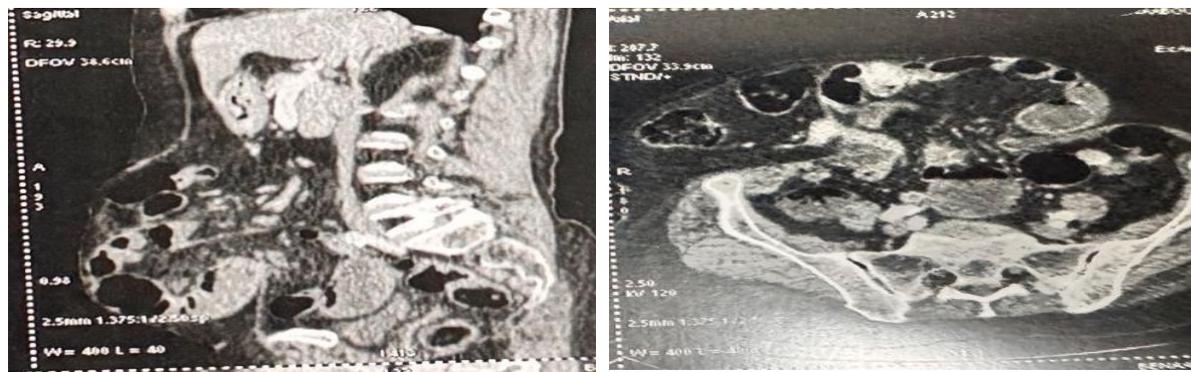


Figure 2 : *TDM abdominale montrant une eventration avec des anses grelique*

Tous les bilans biologiques qui ont été fait pour cette patiente lors de son admission et son acheminement au bloc étaient sans anomalie.

Conduite chirurgicale

Acheminement au bloc

Sous anesthésie général, mise place d'une sonde nasogastrique et une sonde urinaire

Badigeonnage a la bétadine et mise place des champs opératoire

Temps opératoires

Incision médiane à cheval sur l'ombilic

Dissection du sac de l'éventration

La dissection a été réalisée plan par plan jusqu'à la découverte du sac herniaire. Un ensemble d'adhérences jéjuno-jéjunales, jéjuno-colique et jejunopariétales a été libéré. La libération du sac herniaire a été effectuée avec minutie, accompagnée d'une dissection jusqu'au collet. La ligne blanche et le péritoine pariétal ont été ouverts, et les adhérences résiduelles ont été libérées. Le traitement du sac herniaire a consisté en l'ouverture du sac, la libération et la réduction du contenu grêle et épiploïque, ainsi que la résection du sac redondant. Au cours de cette intervention, un diverticule de Meckel avec son propre pédicule a été découvert.



Figure 3 : traitement du sac de l'éventration



Figure 4 : le diverticule de Meckel

Préparation de la loge prothétique

La préparation de la loge prothétique a consisté en un décollement des plans musculaires et aponévrotiques, permettant la création d'un espace adéquat pour la mise en place de la prothèse. La prothèse utilisée était une plaque biface de polypropylène, positionnée à la fois intrapéritonéale et rétromusculaire, puis fixée par des points séparés non résorbables.

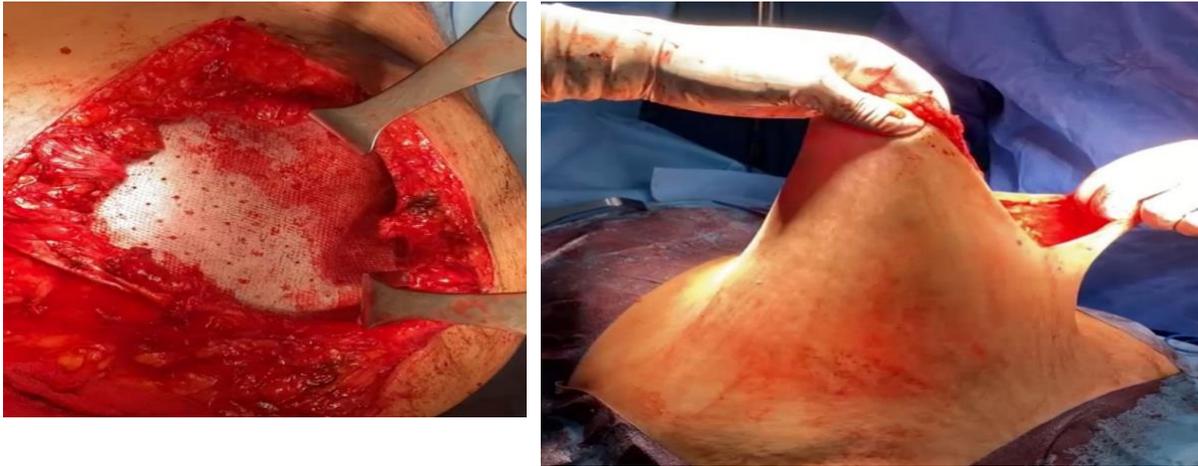


Figure 5 : *Reduction de l'excès de peau et mise en place de la plaque*

La plastie abdominale a consisté en la remise en tension et le rapprochement des berges musculaires, avec une suture aponévrotique réalisée au moyen d'un fil non résorbable. La fermeture du plan sous-cutané a été effectuée par des points séparés, assurant une cicatrisation optimale et une bonne tenue des tissus.

Les deux drains de Redon aspiratifs ont été **placés au niveau des zones d'adhésiolyse**, afin d'assurer un drainage efficace et prévenir toute accumulation de liquide.



Figure 6 : *suture aponévrotique avec mise en place du système de drainage*

La fermeture cutanée a été réalisée à l'aide de points de suture de type Blair-Donati, assurant un rapprochement précis des berges cutanées et une cicatrisation optimale. Un pansement stérile a ensuite été appliqué pour protéger la plaie et favoriser la cicatrisation.



Figure 7 : fermeture cutané et mise en place d'un pansement adhésif.

Suites opératoires

Le post-opératoire immédiat chez cette patiente s'est déroulé sans particularités. Nous avons constaté une reprise du transit au 2^e jour post-opératoire (J2). Au 3^e jour (J3), les deux drains ont été retirés. Au 4^e jour (J4), la patiente est sortie afin de poursuivre les soins, avec un contrôle programmé après 15 jours. La plaie présentait alors une cicatrisation complète et satisfaisante. Le suivi régulier a constitué un point essentiel dans sa prise en charge.

L'examen de l'abdomen n'a montré aucune récurrence après 6 mois.

Discussion :

L'éventration post-chirurgicale constitue une complication fréquente après chirurgie abdominale ouverte. Dans notre observation, la patiente présente une éventration sur cicatrice latérale d'une cholécystectomie sous-costale réalisée en 2019, survenant 4 ans après l'intervention initiale.

1.L'incidence

L'incidence des éventrations après chirurgie abdominale ouverte varie entre 10 % et 20 % selon les séries[3] [Après cholécystectomie par voie sous-costale, la fréquence rapportée est plus faible que pour les laparotomies médianes, mais reste significative. Une étude suédoise

incluant 81 964 cholécystectomies a rapporté une incidence cumulée sur 5 ans de 3,37 % pour les interventions ouvertes[3]

Les éventrations peuvent survenir tardivement, parfois plusieurs années après l'intervention initiale, comme dans notre cas, soulignant l'importance d'un suivi prolongé[3]

2.En termes de Facteurs de risque

Un Ensemble de facteurs de risque peuvent être incriminés dans l'apparition d'une éventration :

- Âge avancé : notre patiente a 72 ans, un facteur reconnu de fragilité tissulaire et de diminution de la cicatrisation[4]
- Siège de l'incision : les incisions sous-costales, bien que moins fréquemment associées aux éventrations que les incisions médianes, présentent un risque accru en cas de fragilité de la paroi abdominale[5]
- Facteurs généraux : l'obésité, les infections post-opératoires, la corticothérapie chronique, et la mauvaise qualité tissulaire sont également décrits comme facteurs de risque[6]

3.selon notre conduite chirurgicale

- La réparation par plaque biface avec plastie abdominale est conforme aux recommandations pour les éventrations volumineuses et complexes, particulièrement chez les patients âgés [7]. L'utilisation de prothèses synthétiques permet de réduire le risque de récurrence[8] .
- Les récurrences après cure d'éventration sont rapportées dans 18 % des cas à 1 an et jusqu'à 28 % à 2 ans, soulignant l'importance d'un suivi postopératoire régulier[9]

4. Evolution

Au cours du suivi, l'évolution de notre patiente a été favorable, avec une cicatrisation optimale. Ce résultat a été obtenu grâce à l'association des mesures d'hygiène et de diététique, à la réduction des activités physiques intenses, ainsi qu'à l'efficacité de la chirurgie prothétique combinée à l'abdominoplastie

5. conclusion

Dans notre cas, l'éventration survient dans un contexte classique de chirurgie ouverte chez une patiente âgée, sans autres facteurs de risque majeurs. La réparation par plaque biface constitue une stratégie adaptée pour restaurer la continuité de la paroi abdominale et minimiser la récurrence.

Conclusion

La collaboration des chirurgien généraux et les chirurgien plastique dans La cure chirurgicale des éventrations latérales post-laparotomie par plaque biface, associée à une plastie abdominale, constitue une option efficace et sûre, offrant un bon résultat fonctionnel et morphologique préservant le schéma corporel et une bonne apparence fonctionnelle et esthétique.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

- [1] (Gillion JF. Éventrations postopératoires. Rapport de l'Association Française de Chirurgie (AFC), 15 mai 2019. Disponible sur : <https://www.club-hernie.com/fr/publications/eventrations-postoperatoires>)
- [2] (Soukaina A. Cure d'éventration de la paroi abdominale et abdominoplastie combinée : expérience du service de chirurgie réparatrice et plastique de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail – Meknès (à propos de 25 cas) [thèse de doctorat en médecine]. Fès : Université Sidi Mohamed Ben Abdellah ; 2020.)
- [3] Luijendijk RW, Hop WC, van den Tol MP, de Lange DC, Braaksma MM, IJzermans JN, et al. **A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia.** *N Engl J Med.* 2000;343:392-8.
- [4] (Surek A, Gemici E, Ferahman S, et al. Emergency surgery of the abdominal wall hernias: risk factors that increase morbidity and mortality—a single-center experience. *Hernia.* 2021;25(4):679–688. doi:10.1007/s10029-020-02293-5].
- [5] (Walizai, T. (2024). Abdominal hernia. Radiopaedia.org. Consulté le 28 août 2025, sur <https://radiopaedia.org/articles/abdominal-hernia>).
- [6]. [Gignoux B, Nilsson E, Sandblom G, et al. **Incidence and risk factors of incisional hernia after cholecystectomy: a population-based study.** *HPB (Oxford).* 2020;22:1234-1242.].
- [7] [Mudge M, Hughes LE. **Incisional hernia: a 10-year prospective study of incidence and attitudes.** *Br J Surg.* 1985;72:70-1.]
- [8] [Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). **Guidelines for laparoscopic ventral hernia repair.** *Surg Endosc.* 2016;30:3163-3183.]
- [9] [Cobb WS, Kercher KW, Heniford BT. **The argument for lightweight polypropylene mesh in hernia repair.** *Surg Innov.* 2005;12:63-9).