



Cas Clinique

Tablier Abdominal Associé à une Événtration. À Propos de Deux Observations

Abdominal apron associated with incisional hernia. A report of two cases

Massamba Miabaou D (1), Note Madzélé M (1), Mbongo A (3), Mahoungou- Nguimbi KC (2),
Motoula Latou N (1), Nzaka Moukala C.D (1)

RÉSUMÉ

1 Service de Chirurgie digestive
2 Service de Réanimation
polyvalente
3 Service de Gynécologie
obstétrique

Correspondance: Docteur
Didace MASSAMBA MIABAOU
Service de Chirurgie digestive-
CHU de Brazzaville
Tél : 06 668 56 39 BP : 1872
Brazzaville-Congo
E.mail :
didamassamba@gmail.com

Mots clés : tablier abdominal,
abdominoplastie, éventration,
prothèse.

Key words : Abdominal apron,
Abdominoplasty, Incisional
hernia, Prosthesis.

Le tablier abdominal désigne le relâchement cutané du bas abdomen recouvrant le pubis. Il peut s'accompagner d'un excédent graisseux et/ou d'un relâchement musculaire. Sa correction est obtenue par une abdominoplastie visant à réduire la masse cutané-graisseuse au-dessous de l'ombilic. Ce tablier abdominal peut s'associer à une éventration. Celle-ci peut être traitée avec ou sans prothèse indépendamment du tablier. Le présent travail pose la problématique de la prise en charge de ces deux anomalies en un seul temps opératoire. Il s'agit de deux observations concernant des patientes ayant présenté un tablier abdominal associé une éventration. La prise en charge chirurgicale a consisté en une abdominoplastie couplée à une cure d'événtration par une prothèse en un seul temps opératoire. Les suites opératoires ont été simples.

ABSTRACT

Abdominal apron refers to a layer of fat and/or muscle covered by skin on the anterior abdominal wall of obese and formerly obese patients, which, when it hangs over folds of skin, can form a site for fungal growth. Its correction is obtained by an abdominoplasty to reduce skin and fat below umbilicus. Abdominal apron may be associated with an incisional hernia, which can be treated with or without prosthesis. Our study raises the issue of the treatment of these abnormalities in a single session. We report the cases of two patients suffering from abdominal apron associated with incisional hernia. The surgical treatment was abdominoplasty and the treatment of incisional hernia by prosthesis in a single session. The postoperative course was uneventful.

INTRODUCTION

Le tablier abdominal désigne le relâchement cutané du bas abdomen recouvrant le pubis [1]. Il peut s'accompagner d'un excédent graisseux et/ou d'un relâchement musculaire. Il peut être corrigé par une plastie abdominale ou abdominoplastie visant à réduire la

masse cutané-graisseuse au-dessous de l'ombilic. L'événtration associée à un tablier peut être traitée avec ou sans prothèse indépendamment du tablier. Le présent travail pose la problématique de la prise en charge de ces deux anomalies en un seul temps opératoire.

OBSERVATION N°1

Madame NTS. L, 36 ans, référée du Service de Gynécologie-Obstétrique, a été reçue en consultation le 12 Septembre 2013 pour une tuméfaction sous ombilicale douloureuse et irréductible par intermittence (épisode d'étranglement). Elle avait subi une laparotomie pour une grossesse extra-utérine en 1993 et une césarienne pour dystocie dynamique en 2009. L'examen physique a mis en évidence : une obésité (112 Kg pour une taille de 1,68 m et un IMC à 39,68 kg/m²) ; un abdomen cicatriciel (sur le pli cutané abdominal inférieur) ; un tablier abdominal important, couvrant le pubis et contenant une masse sous cutanée (fig1).



Figure 1 : Tablier abdominal (observation n°1)



Figure 2 : Aspect post-opératoire (observation n°1)

Le diagnostic de tablier abdominal associé à une éventration avec épisodes d'engouement herniaire a été retenu. Elle est ensuite perdue de vue puis réapparaît 4 mois plus tard, au mois de Janvier 2014 à cause des épisodes d'engouement devenus de plus en plus fréquents et insupportables. Elle a finalement accepté de se faire opérer le 17 Janvier 2014. Sous anesthésie générale, le traitement a consisté en une résection de l'excès de graisse et de tissu cutané suivie d'une cure d'éventration par la mise en place d'une prothèse de vicryl en préperitonéal, après avoir libéré le grêle adhérent au sac herniaire. Quatre drains tubulaires ont été placés sous la peau avant sa fermeture. Un antalgique, un antibiotique et une prévention des complications thrombo-emboliques ont été associés au traitement chirurgical. Les suites opératoires ont été simples avec une nette libération du pubis (fig2). Les drains ont été progressivement retirés à partir de J6 et la sortie de l'hôpital a été autorisée à J8.

OBSERVATION N°2

Madame N.M, 55 ans, Sage-femme, diabétique, a été reçue en consultation le 12 Mai 2014 pour une tuméfaction sous ombilicale latéralisée à droite accompagnée de douleurs abdominales intermittentes. Cette symptomatologie évoluait depuis 2009. Dans ses antécédents, elle a été opérée quatre fois. Trois césariennes (en 1980 pour bassin rétréci, en 1984 et en 1989 pour souffrance fœtale) puis une cure d'éventration en 2006. Elle est mère de 7 enfants.

L'examen clinique a mis en évidence : une obésité (125 kg pour une taille de 1,65 mètres avec un IMC à 45, 91 kg/m²) ; un important panicule adipeux sur un abdomen cicatriciel avec une peau très lâche couvrant le pubis (figure 3) ; une tuméfaction sous ombilicale latéralisée à droite, réductible, impulsive à l'effort de toux. Par ailleurs nous avons noté une mycose des plis inguinaux. Le diagnostic d'éventration sur tablier abdominal a été retenu. Avant la prise en charge chirurgicale, un traitement antimycosique a été institué pendant 6 semaines.

Sous anesthésie générale, le traitement chirurgical a consisté en une résection de l'excès de graisse et de tissu cutané (figure 4), suivie de la mise en place d'une prothèse de prolène en préperitonéal. Deux drains tubulaires ont été placés en position déclive sous la peau avant sa fermeture. Une antibioprophylaxie, un antalgique et une prévention des complications thrombo-emboliques ont complété le traitement chirurgical. Les suites opératoires ont été simples avec un résultat esthétique post opératoire assez satisfaisant (figure 6). Les drains ont été retirés progressivement à J5 et J7. La sortie de l'hôpital a été autorisée à J11. Une gaine a été prescrite avec la poursuite de l'antibioprophylaxie.

Elle a été revue en consultation de contrôle à J30. Aucun problème particulier n'a été relevé.



Figure 3 : Aspect préopératoire (observation n°2)



Figure 4 : Levé de lambeau (observation n°2)



Figure 5 : Anse grêle au niveau du collet (observation n°2)



Figure 6 : Photo post opératoire (observation n°2)

DISCUSSION

Le tablier abdominal est faussement considéré dans nos contrées comme un indice d'aisance à tel enseigne que les patients ne viennent pas en consultation pour en excès cutanéograsseux. C'est l'association à une autre pathologie telle que l'éventration qui nous a permis de dissuader ces deux patientes qu'elles avaient en plus de leur préoccupation, un tablier abdominal qui pouvait être pris en charge en même temps que leur éventration.

Les grossesses multiples, les grossesses gémellaires et la surcharge pondérale sont les facteurs de risque du tablier abdominal [2].

La prise en charge du tablier se fait par plastie abdominale. Celle-ci n'est pas courante dans notre pays et en Afrique alors qu'en occident elle est couramment et fréquemment pratiquée [1 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6]. Quant à l'éventration, la chirurgie gynécologique en est la grande pourvoyeuse [7;8]. La prise en charge en un seul temps opératoire du tablier abdominal et de l'éventration bien qu'allongeant la durée de l'opération, réduit considérablement son coût et évite aux patients les risques d'une anesthésie générale itérative.

L'abdominoplastie permet d'améliorer la vie quotidienne en corrigeant l'inconfort d'un bas abdomen trop important résistant à un régime et gênant l'habillement et l'esthétique abdominale.

La correction du tablier abdominal permet de prévenir les mycoses des plis inguinaux très fréquentes chez ces patientes. L'intervention consiste à retirer les excès de graisse et de peau situés dans la partie inférieure de l'abdomen entre le pubis et l'ombilic puis à retendre la peau de manière à obtenir un abdomen relativement plat avec une peau bien dépliée. La résection cutanéograsseuse se fait selon un tracé en T inversé [9]. Le tracé de l'incision se fait en position debout pour mieux apprécier l'étendue de la résection. La résection cutanéograsseuse précédant la cure d'éventration permettra de mieux exposer l'orifice herniaire (figure 5), puis de permettre une meilleure dissection péritonéale et aponévrotique.

Nous avons réalisé une transposition de l'ombilic dans les deux cas ; car à l'abaissement de la peau, l'ombilic va se retrouver plus bas que sa position habituelle. ILLOUZ YG [10] préfère la néo-ombilicoplastie à la transposition ombilicale. Nous n'avons pas réalisé de liposuction comme l'ont faits certains auteurs [3 ; 11 ; 12].

Pour ces abdomens cicatriciels, la prothèse est parfaitement indiquée dans la cure d'éventration surtout lorsque le collet est au-delà de 5 cm [13]

Ces prothèses ont été placées de préférence en extra péritonéale bien qu'il n'y ait pas une différence significative en matière de complications lorsqu'elle est placée en intrapéritonéale [14].

Plusieurs drains placés dans les zones de décollement sous cutané sont indispensables pour prévenir les différentes collections. Leur productivité conditionne la durée d'hospitalisation.

Quelques complications peuvent émailler l'abdominoplastie telles que l'apparition d'hématome ou d'épanchement lymphatique ; le risque d'abcès, de dermo-hypodermite nécrosante [15] ainsi qu'une cicatrisation disgracieuse à type de chéloïde [2;3]. Pour toute chirurgie lourde il faut redouter la maladie thromboembolique. Sa prévention doit être de rigueur

surtout chez ces patientes dont la mobilisation en post opératoire n'est pas facilitée par le surpoids.

CONCLUSION

L'abdominoplastie pour tablier abdominal est une chirurgie lourde chez ces patientes généralement obèses surtout lorsqu'elle est associée à une cure d'éventration. La prise en charge en un seul temps opératoire de ces deux anomalies réduit les risques d'une anesthésie itérative et le coût de deux opérations réalisées en deux temps. De même, l'abdominoplastie assure un confort inestimable pour nos patientes.

CONFLIT D'INTERÊT

Aucun

REFERENCES

1. Madar Y, Chatel H, Leyder P, Quilichini J. Plastie abdominale en deux positions. *Ann Chir Plas Esthét* 2015; 60 (4) : 268-75.
2. Gliksman J, Himys S, Ringenbach P, Andreuletti. L'abdominoplastie: vers une chirurgie en deux temps? Etude retrospective des complications post opératoires à propos de 100 cas. *Ann Chir Plat Esthét* 2006 ; 51 : 151-6.
3. Sankale Aa, Sanou A, Kane O, Beye Md, Toure, Ct. Abdominoplastie à Dakar: Etude préliminaire. *Annales de l'Université de Ouagadougou* 2011 ; 9 : 28-39.
4. Lievain L, Aktouf A, Auquit I, Auckbur, Coquerel-Beghin D, Scotte M, Milliez Py. Complications des abdominoplasties : particularités des patients post-bariatriques au sein d'une série de 238 patients. *Ann Chir Plast Esthét* 2015; 60 (1): 26-34.
5. Strauch B, Herman C, Rohde C, . Mid body contouring in the post-bariatric surgery patient. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117(7): 2200-11.
6. Araco A, Sorge R, Overton J, Araco F, Gravante G. Postbariatric patients undergoing body contouring abdominoplasty: two techniques to raise the flap and their influence on postopératoire complications. *An Plast Surg* 2009; 62 (6): 613-7.
7. Richard Kadio R, Kossoko H, Cornet L. Cure d'une monstrueuse éventration par abdominoplastie. Note technique à propos d'un cas. *Méd trop* 1992 ; 52 (4) : 443-6.
8. Louis D, Stoppa R, Henry X, Verhaeghe P. Les éventrations post-opératoires (EPO). A propos de 247 cas opérés. *J. Chir (Paris)* 1985 ; 122 (10) : 523-7.
9. Domergue S, Tiguemounine J, Desouches C, Marchadier A, Magalon G. Plastie abdominale après grossesse gémellaire : à propos de 30 cas. *Ann Chir Plast Esthét* 2006; 51 (6) : 225-30.
10. Illouz Yg. Liposculpture et chirurgie de la silhouette. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris). Techniques chirurgicales- chirurgie Plastique reconstructrice et esthétique* 1998: 45-120.
11. Benazou S, Nouhi A, Abakou K, Moussaoui A? Ihrai H. Sculpture abdominale par association liposuccion-abdominoplastie-plicature musculo-aponévrotique. *Maroc Médical* 2006 ; 28 (2) : 45-8.
12. Martin D, Pelissier P, Riahi R, Casoli V, Baudet J. La plastie abdominale avec liposuccion intrapariétale dissociée : Note technique. *Ann Chir Plast Esthét* 1998 ; 43 (1) : 64-68.
13. Bouillot JL. Traitement des éventrations abdominales par prothèse de Dacron rétromusculaire. *J Chir* 2004 ; 141 (4) : 233-7.
14. Mathonnetm, Antariou S, Gainant A, Preux Pm, Boutros-Foni F, Cubertafond P. Eventrations post-opératoires : Prothèse intra ou extrapéritonéale. *Chirurgie Elsevier,Paris* 1998 : 154-61.
15. Pegot A, Actouf A, Delpierre V, Milliez P. Y, Auquit-Auckbur I. Dermo-hypodermes nécrosantes du tablier abdominal chez l'obèse. A propos de deux cas cliniques révélateurs d'infections profondes abdomino-pelviennes. *Ann Chir Plast Esthét* 2013 ; 58 : 248-54.