

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1976 N°.....

Contribution à l'Étude du Traitement Chirurgical
des Eventrations Post-Opératoires par Autoplastie

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le..... 1976

par

YACINI Abdelhamid

né le 7 Juillet 1945 à BORDJ-BOU-ARRERIDJ (Sétif)

MEMBRES DU JURY

MM. B. MENTOURI : Professeur Agrégé (Chirurgie Générale)	}	PRESIDENT
P. ROCHE : Professeur Agrégé (Chirurgie Générale)		
A. LEHTIHET : Maître de Conférences Agrégé (Anatomie Générale)	}	JUGES
A. BENHAMLA: Maître Assistant de Chirurgie Générale		

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1976 N° _____



Contribution à l'Etude du Traitement Chirurgical
des Eventrations Post-Opératoires par Autoplastie

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1976

par

YACINI Abdelhamid

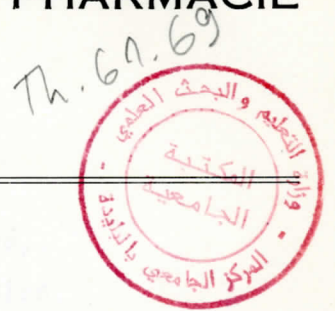
né le 7 Juillet 1945 à BORDJ-BOU-KRERIDJ (Sout)

MEMBRES DU JURY

MM	B. MERFOURI	Professeur Agrégé (Chirurgie Générale)	PRESIDENT
	P. ROCHE	Professeur Agrégé (Chirurgie Générale)	
	A. LEHTHET	Maître de Conférences Agrégé (Anatomie Générale)	JUGES
	A. BENHAMLA	Maître Assistant de Chirurgie Générale	

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1976 N°.....



Contribution à l'Étude du Traitement Chirurgical
des Eventrations Post-Opératoires par Autoplastie

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le..... 1976

par

Y A C I N I Abdelhamid

né le 7 Juillet 1945 à BORDJ-BOU-ARRERIDJ (Sétif)

MEMBRES DU JURY

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|---|-----------|
| MM. B. MENTOURI : Professeur Agrégé (Chirurgie Générale) | } | PRESIDENT |
| P. ROCHE : Professeur Agrégé (Chirurgie Générale) | | |
| A. LEHTIHET : Maître de Conférences Agrégé
(Anatomie Générale) | } | JUGES |
| A. BENHAMLA : Maître Assistant de Chirurgie Générale | | |

/// E R M E N T D' // - // I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers Condisciples et selon la tradition
d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes
yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue
taira les secrets qui me seront confiés et mon
état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à
favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes
Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois
couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE :

A mon père

A ma mère

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

Qu'ils soient assurés de mon
dévouement, de ma gratitude et
de mon amour filial.-

A mon Epouse Baya

A ma Fille Anel

Pour tout leur Amour

A mes frères

A mes soeurs

Pour leurs encouragements
tout au long de mes études

A mes oncles

A toute ma famille

A mon cousin TAMZALI Seddik.

A ma grand-mère

A mes beaux-parents

Avec toute ma tendresse.

A mon beau-frère MEDJDOUB Ali

A la Mémoire de mes grands-parents.

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur B. MENTOURI

Professeur Agrégé de Chirurgie Générale.

Qui nous a grandement honoré en acceptant de présider cette thèse.

Nous lui sommes reconnaissant de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service et des précieux conseils qu'il nous a prodigué.

Nous avons pu apprécier la rigueur de son sens clinique, sa gentillesse paternelle et son sens profond de l'humain.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profonde gratitude et notre infinie reconnaissance.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé P. ROCHE

Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Nous lui sommes reconnaissant de la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé A. LEHTIHEI

Qui nous honore en jugeant notre Thèse.

Nous avons pu apprécier la clarté et la précision de son enseignement. Son sens profond de l'humain et la grandeur de sa modestie demeurent pour nous un exemple.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profonde gratitude pour tout l'enseignement que nous lui devons.

Monsieur le Docteur A. BENHAMLA

Maître Assistant de Chirurgie Générale.

A qui je suis immensément reconnaissant
pour ses conseils pratiques et son aide
précieuse dans l'élaboration de cette Thèse.

Il nous a toujours témoigné compréhension
et gentillesse.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer
notre profonde gratitude.

- A mes camarades de Promotion, en particulier :
Messieurs les Docteurs

- DJAFRI Morcheddine
- KHIARI Abdelatif
- NEZZAL Mohamed-Tahar

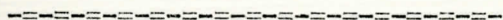
Avec toute mon amitié fraternelle.

- A Monsieur GHOULEM Saïd que je remercie
pour sa contribution et son aide à la
réalisation de cette thèse.
- A Monsieur BENDAOU D Smaïl.
- A tout le personnel médical et paramédical
de la Clinique Chirurgicale "A" du C.H.U.
Mustapha ALGER.
- A tous mes amis.
- A tous les malades.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux d'ALGER.

En témoignage de notre reconnaissance
pour l'enseignement qu'ils nous ont
donné.

II N T R O D U C T I O N



Le traitement chirurgical des éventrations par suite de laparotomie pose des problèmes de la réfection pariétale, problèmes pour lesquels différentes solutions ont été proposées, solutions variables tant par leurs modalités techniques, que par leurs conceptions, leurs indications, leurs adeptes.

Le nombre relativement restreint d'éventrations post-opératoires rapporté dans la littérature témoigne de la fréquence minime de ces complications. Les statistiques de WILMOTH en 1940, révèlent 6 % d'éventrations sur 2608 cas. HUSTED en 1932 rapporte quant à lui 14 % sur 659 cas. Nul en effet ne discute les difficultés tactiques et techniques dans la cure des larges éventrations ; ces difficultés sont les plus grandes, lorsqu'aux conditions locales défavorables, s'associent des circonstances générales périlleuses : (tare, obésité, âge avancé, mauvais état général, etc....).

Une chirurgie atraumatique, le soin apporté par les opérateurs à la fermeture des parois et le secours incontestable des antibiotiques, sont les principaux facteurs qui ont amélioré le pronostic des plaies opératoires et de leur cicatrisation.

Différentes techniques ont été proposées pour la cure chirurgicale des éventrations post-opératoires. Devant la récurrence après suture simple ou même par le procédé dit en paletot, de nombreux auteurs ont cherché à combler la perte de substance musculo-aponévrotique par une prothèse. Ainsi tour à tour ont été utilisées : bandelettes de peau, du fascia lata, de la peau conservée au cialit, des plaques de nylon, des plaques d'acier. Les recherches en matière de produits synthétiques permettent aujourd'hui, l'utilisation de produits

de mieux en mieux tolérés par l'organisme, notamment par le péritoine avec lequel ils sont en contact permanent.

Nous nous proposons, dans notre travail, d'étudier une méthode, qui loin d'être originale n'est que peu utilisée, malgré les résultats probants. Sa technique en est simple et ses résultats tant immédiats que lointains satisfaisants : C'est la cure autoplastique des éventrations par lambeau cutané inclus, selon la technique de J. SEROR et COLL.

La méthode a ses adeptes, néanmoins on constate chez beaucoup de chirurgiens une réserve en ce qui concerne l'utilisation de la peau et c'est aux prothèses artificielles que va leur préférence : fibres de polyamides (nylon, dacron) ou fils métalliques (tantal) tissés sous forme de grilles.

Il est de fait que les éventrations traitées dans le service ne sont pas toutes volumineuses et importantes et que cette technique n'a pas été la seule utilisée puisque sur 140 éventrations colligées plus des 2/3 ont bénéficié de la suture simple des deux feuillets aponévrotiques ou de la méthode dite en paletot.

Parallèlement à l'étude des cas traités par autoplasties le contrôle des malades traités par les autres procédés nous a permis de tirer quelques conclusions permettant de mieux cerner les indications respectives de chacune de ces méthodes. Ces multiples procédés ne facilitent nullement la cure d'une éventration et leur choix judicieux permet seul d'en tirer le meilleur profit.

// H A P I T R E I

/—/ I S T O R I Q U E

L'utilisation d'un matériel de prothèse pour le renforcement des parois abdominales déhiscentes, remonte à (1901) où Mac ARTHUR avait employé comme matériel de suture, des bandes aponévrotiques qu'il prélevait du feuillet interne de l'aponévrose du muscle grand oblique abdominal. KIRSCHNER en 1910 a recommandé le prélèvement de ces bandes du fascia lata et utilisait de grands lambeaux de cette aponévrose.

C'est au matériel autoplastique qu'appartient la greffe cutanée. LOEWE (1913) et REHN (1914) ont été les premiers à utiliser une greffe cutanée débarassée de son épiderme (Cutis graft).

De 1920 à 1939 de nombreux auteurs s'intéressent au problème. SCHWARTZ et DAVIS (1926) - ZIMCHES et EITEL (1934) PEER et PADDOCK justifient de la méthode et lui donnent une base scientifique. MOSKOFF (1937) dans ses expériences sur le chien insiste sur les qualités du greffon. La même année, PEER et PADDOCK montrent la possibilité de formation de kystes.

MAIR en 1938 utilise une greffe de peau totale pour le traitement d'une éventration post-opératoire et publie en 1945 ses premières observations sur l'application clinique et expérimentale de sa méthode.

SWENSON et HARKINS en 1943 proposent une technique de prélèvement au dermatome. HARKINS en 1946 tire d'intéressantes conclusions anatomo-pathologiques et techniques de ses études expérimentales et cliniques sur les greffes de derme.

UIHLEM en 1939 - SCOLA 1944 - JUNQUIERA - DANTLO 1946
MENNEGAUX et SECAIL en 1948 utilisent à leur tour des greffons
de derme dans la cure des grosses éventrations.

ACQUAVIVA en 1944 publie la première observation
d'une volumineuse éventration traitée par plaque de nylon.
Il est suivi de très nombreux chirurgiens et c'est ainsi que
KOONTZ en 1955 publie sa méthode de cure d'éventration lom-
bair post-opératoire.

Avec J. GOSSET (1949) et (1951) - J. GOSSET et
J.M. BONVALLET, l'emploi de lanières de peau en chirurgie
prend une nouvelle importance. Ils font une excellente mise
au point de ses possibilités d'utilisation et d'intéressantes
publications sur la réfection des ligaments articulaires.

ZVALETTA en 1951 analyse une série de deux cent onze
(211) cas de hernies et éventrations, traitée par des transplan-
tations de peau totale et met l'accent sur les résultats très
encourageants qu'il a obtenu. La même année HUSSENSTEIN et STRAHAM
publient respectivement cent vingt cinq (125) et quatre cent
treize (413) cas de hernioplasties totales.

DELLANOY et COLL. publient en 1957 leurs résultats
concernant le traitement des éventrations par laçage de la
peau.

CANNADAY 1942 - ROUSSELIN 1943 - HARKINS et MARTIN
1945 - SECAIL 1948 - VAQUEL 1949 - BENZADON 1950 - GIERGERICH
1951 - FERNANDEZ 1960 ont également employé la peau totale
pour le traitement des hernies et éventrations.

ARTAUD et COLL. en 1952 et tout récemment LETOURNEL
1962 - VILAIN et SOYER 1964 ont utilisé pour le traitement
chirurgical des éventrations des plaques de peau totale con-
servées au cialit, avec des résultats satisfaisants.

JUSBASIC (Zagreb) en 1966 et DJUVARA et CONDEESCU
(Bucarest) en 1967 utilisent des lambeaux désépidermisés
dans la cure des hernies récidivées.

II H A P I T R E II

A - DEFINITION

B - CLASSIFICATION

C - EVOLUTION NORMALE D'UNE PLAIE

D - ETUDE PHYSIQUE

D E F I N I T I O N

Les auteurs Anglo-Saxons désignent sous le terme de " hernie de la cicatrice " ces éventrations que d'autres dénomment " déhiscence " ou encore " hernie incisionnelle ". Mais la majorité des auteurs regroupe sous le terme " d'éventration " toutes les éventrations post-opératoires.

La paroi abdominale est la sangle musculo-aponévrotique étendue verticalement du rebord chondro-costal au pourtour du bassin et transversalement des faces latérales de la colonne lombaire à la ligne blanche xipho-pubienne. Les fosses lombaires appartiennent donc à la paroi abdominale ainsi que les orifices de passages vasculo-nerveux à la limite des portions musculaires et osseuses de l'abdomen.

La sangle musculo-aponévrotique est recouverte superficiellement par la graisse et la peau. En profondeur la graisse sous péritonéale et le péritoine séparent les muscles des viscères.

Ainsi définies nous excluons de notre étude les éventrations diaphragmatiques.

Les éventrations post-opératoires sont définies par la déficience localisée de la paroi abdominale, au niveau de la cicatrice de laparotomie permettant la protrusion de viscères abdominaux.

C L A S S I F I C A T I O N

Notre classification découle de la voie d'abord initiale relative à l'intervention première.

I - EVENTRATIONS DE LA PARTIE ANTERIEURE DE L'ABDOMEN

Selon la topographie on distingue :

a) Les éventrations médianes :

- Sus-ombilicales :

Succèdent aux incisions épigastriques ou paramédianes pour chirurgie gastrique ou biliaire, soit par distention de la cicatrice primaire, soit par résorption rapide de fils de sutures résorbables, soit par une véritable perte de substance due à une nécrose des muscles conservés par de malencontreuses sutures ou à la mortification consécutive à une suppuration pariétale. La cicatrice, fibreuse et serrée d'abord, finit toujours par se distendre sous la poussée abdominale.

- Sous-ombilicales :

Consécutives à des éventrations pelviennes. Le plus souvent elles sont volumineuses, pendulaires, en besace, et sont l'apanage de la femme obèse.

- Elles peuvent occuper toute la longueur de la ligne médiane : elles sont spontanées chez le grand rachitique à gros ventre et à grands droits distendus et écartés.

b) Les éventrations Iliques :

Elles voient leur fréquence diminuer :

A droite, elles sont consécutives à des appendicites suppurées, méchées, drainées. Elles sont peu volumineuses.

A gauche, elles accompagnent le plus souvent un anus iliaque.

c) Les éventrations de l'hypochondre droit :

Elles succèdent à une incision oblique et il s'agit d'une dénévation par section des nerfs intercostaux. Elles sont souvent volumineuses et sujettes à récurrences. Les éventrations de l'hypochondre gauche sont consécutives à des interventions pour splénectomie, et des incisions analogues à celles de l'hypochondre droit.

II - EVENTRATIONS LOMBAIRES

Elles sont consécutives à la chirurgie rénale ou à la sympathectomie. Elles sont parmi les plus graves et les plus volumineuses. La gêne fonctionnelle est très importante.

Elles peuvent s'accompagner de troubles uré-
téraux. L'origine de ces éventrations est soit une dé-
nervation, soit une perte de substance.

III - EVENTRATIONS PERINEALES

Succèdent à la chirurgie rectale.

Elles constituent un cas très particulier.

EVOLUTION NORMALE D'UNE PLAIE

Le but recherché dans la réparation d'une plaie opératoire est l'obtention d'une cicatrice solide, souple, non pigmentée et de niveau, ne modifiant pas la morphologie générale de la paroi abdominale.

Pour mieux connaître et surtout pour mieux prévenir les complications pariétales des laparotomies, il nous semble nécessaire de résumer les notions communément admises sur la cicatrisation des différents plans.

Le stade initial de cicatrisation d'une plaie est marqué par un phénomène inflammatoire : exsudation et infiltration cellulaire. Puis l'exsudat coagule et des fibres de fibrines sont formées ; le coagulum est secondairement envahi par les capillaires néo-formés. Par sauts successifs de fibrine et de néo-capillaires, le bourgeon charnu est créé après plusieurs jours. La richesse de la vascularisation favorise l'arrivée sur place de cellules formatrices de collagène. La principale qualité de ce collagène est de se rétracter pour diminuer la surface à oblitérer. Seule l'arrivée et l'établissement de l'épiderme stoppe la poussée du bourgeon charnu.

Au niveau de la brèche épidermique les cellules marginales glissent dans le défaut créé et le mouvement s'arrête lorsque le nombre de cellules disponibles pour cette occupation est atteint. Le support de ce phénomène est situé dans une zone voisine où se produisent les mitoses nécessaires au renforcement de ce capital cellulaire, pour une nouvelle avancée et un épaissement du nouvel épiderme.

Au cours des phénomènes de cicatrisations par première intention les cellules graisseuses qui ont colmaté la brèche laissée par la suture la mieux faite, sont attaquées par les macrophages qui utilisent ce procédé pour la fabrication du ciment collagène nécessaire à l'union du tissu conjonctif.

La brèche dermique entraîne une réaction inflammatoire et un dépôt de fibrine entre les deux berges suturées l'une contre l'autre, puis des cellules venues d'ailleurs produisent, en se désintégrant, du collagène qui progressivement se charge de précollagène, sans valeur mécanique, puis de fibres collagènes organisées en boucles.

La traction transmise par la suture, organise ce collagène au mieux des besoins mécaniques.

Les fascias : Le feuillet antérieur de la gaine des droits se reconstitue rapidement dans les mois qui suivent l'intervention. L'orientation des fibres de ce feuillet donne à cette structure une solidité particulière.

Le muscle : Une brèche musculaire ne saurait cicatriser de première intention.

Lors de la cicatrisation d'une laparotomie dans les conditions idéales tout se passe par première intention au niveau du derme, de l'aponévrose antérieure de la gaine des droits, le plus souvent aussi au niveau de la graisse, mais jamais au niveau du muscle.

ETUDE PHYSIQUE DE LA CICATRICE

Il existe une période de latence qui suit l'intervention et qui dure trois (3) à six (6) jours, durant lesquels la résistance de la cicatrice de la plaie opératoire est faible et ne dépend que de la présence des fils de sutures.

Au delà du sixième (6^e) jour, la résistance de la paroi augmente brusquement pour présenter vers le dixième (10^e) jour une résistance correspondant au $\frac{4}{5}$ de ce qu'elle était avant l'intervention. La cicatrisation est suffisante et permet l'ablation complète du matériel de suture. Il est intéressant de noter que cette période de latence varie avec le matériel de suture envisagé. Les réactions locales seront maxima vers le deuxième (2^e) mois puis diminueront d'intensité jusqu'au sixième (6^e) mois, la cicatrice se stabilisant vers cette date.

La cicatrisation suit donc un processus histologique qui lui est propre, et il est souhaitable que la paroi retrouve au niveau de la cicatrice et le plus rapidement possible, une solidité qui autorise un lever précoce et mette l'opéré à l'abri de la désunion et de la récédive.

II H A P I T R E III

- 1 / - FACTEURS DE RECIDIVES.

- 2 / - PREVENTIONS DES ACCIDENTS
PARIETAUX.

LES FACTEURS DE RECIDIVES

Une laparotomie représente une voie d'abord adaptée à la lésion organique que l'on envisage de traiter. Toute laparotomie crée nécessairement une cicatrice, preuve tangible et visible de l'acte opératoire.

L'apparition de l'éventration, conséquence de cet acte chirurgical, est conditionnée par un certain nombre de facteurs :

1) - Etat général :

Sur le plan général, l'âge du malade, l'obésité, ou à l'opposé la dénutrition, l'anémie, ne favorisent pas une cicatrisation idéale.

2) - L'hypoprotéïnémie :

Les perturbations du capital protéidique diminuent les capacités de cicatrisation de la plaie opératoire, par un retard de formation du collagène. Cette éventualité se rencontre assez souvent en clinique. HOWES en 1964 a montré que sur l'animal (chien) carencé puis blessé, les perturbations de la cicatrisation entraînent un retard de l'apparition des bourgeons, une diminution de la pousse épidermique, et du conjonctif nécessaire à son étallement.

3) - L'infection :

Elle constitue un facteur déterminant dans la genèse de l'éventration car elle complique et retarde la cicatrisation de la plaie opératoire, par la destruction des fibres de collagène néo-formées. L'infection dissocie les plans de la paroi, détruit l'affrontement des deux berges et aboutit au mieux à la constitution d'une cicatrice fibreuse et de mauvaise qualité. La contamination d'une plaie opératoire peut se faire soit par

un apport direct au cours de l'intervention, soit par la dissémination dans la plaie, de germes venus de l'ouverture d'un viscère septique (intestin, cholécystite, etc....).

La suppuration des fils de paroi peut survenir des semaines, des mois, voire des années après l'intervention. Une ou plusieurs petites tuméfactions rouges, limitées, apparaissent sur la cicatrice bourgeonnante. Elles laissent sourdre un liquide purulent et se creusent d'un pertuis au fond duquel se trouve le fil responsable de la suppuration, et celle-ci sera interminable en dépit de tout traitement antibiotique, local ou général. La cause n'est pas une "intolérance" au nylon, mais un sepsis bien localisé. La guérison n'est obtenue qu'après ablation du fil entretenant la suppuration.

4 - L'usage de la cortisone et de ses dérivés :

compromet la solidité du cal conjonctif. La cortisone à forte dose accentue le catabolisme protidique, annihile partiellement les effets de la synthèse protéique dans l'organisme, aboutissant à une réduction dans l'édification des substances conjonctives, en particulier des fibres collagènes et réticuliniques. En clinique pour obtenir la désunion de la suture aponévrotique, il faut que la cortisone soit utilisée à forte dose, avant et au cours des trois ou quatre premiers jours post-opératoires, au moment de la réaction inflammatoire.

5 - Il reste à mentionner l'incidence de la tuberculose, du diabète, de la syphilis, des rayons X (radiothérapie conventionnelle), sur la mauvaise qualité de la cicatrice et la survenue de l'éventration.

EN CONCLUSION :

Il est difficile d'apprécier à sa juste mesure le rapport existant entre le mauvais état général et la solidité du cal conjonctif obtenu, en suturant de façon correcte la paroi abdominale.

L'anémie, l'hypovolémie, du dénutri, la baisse du capital protidique doivent obligatoirement conduire à une correction de ces troubles dans les délais les plus rapides.

Mais des cas paradoxaux subsistent, et certains patients qu'une maladie grave oblige à laparotomiser en urgence et en pleine cachexie ne font pas nécessairement une éventration.

Par ailleurs d'autres auteurs insistent sur les défaillances techniques, les incidents locaux et c'est au niveau même de la plaie opératoire que doivent être recherchées l'origine et la cause habituelle des éventrations.

PREVENTION DES ACCIDENTS PARIETAUX

Nous envisagerons dans ce chapitre les précautions techniques pouvant améliorer, dans la mesure du possible, la qualité de cicatrisation de la laparotomie initiale. Celle-ci ne peut être obtenue que par cicatrisation per primam d'une incision correcte, bien orientée, réparée soigneusement, sans infection et sans désunion, sur un mode non hypertrophique.

I - Le choix d'une incision et sa réalisation:

L'incision cutanée doit être franche, bien perpendiculaire au plan tégumentaire et aller franchement jusqu'au fascia superficialis compris. L'utilisation des incisions médianes ont l'avantage d'être rapides, ne sectionnant aucun nerf ni vaisseau important et sont faciles à réparer. Enfin la cicatrice verticale et médiane n'est pas inesthétique.

La voie d'abord entre en ligne de compte mais certainement moins que le soin de l'opérateur à la refermer.

2 - L'hémostase de la paroi :

Elle doit être rigoureuse pour éviter un suintement per-opératoire qui gênerait l'intervention et augmenterait la déperdition sanguine. L'utilisation trop importante de la coagulation électrique peut, en multipliant les points et l'étendue de la nécrose favoriser l'infection, est donc à éviter.

Les petits vaisseaux doivent être liés avec du fil non résorbable. La survenue d'un hématome dans les suites immédiates de l'intervention hypothèque sérieusement le pronostic de la plaie, car outre sa surinfection fréquente, il constitue un obstacle mécanique à la cicatrisation.

3 - La nature du matériel de suture :

Intervenant pour leur part dans la génése des éventrations, les fils de suture incorporés dans la paroi, à tous les plans, sont autant de corps étrangers. La suture devrait comporter des qualités physiques et biologiques constantes permettant l'inclusion d'un matériel n'entraînant que peu ou pas de réactions de l'organisme.

La suture doit comporter obligatoirement les propriétés suivantes :

- Inertie biologique absolue
- Qualité de se résorber dans un délai tel que la période de cicatrisation soit dépassée.
- Propriétés physiques constantes : résistance et maniabilité.

Nous allons examiner très succinctement les avantages et les inconvénients des fils qui nous sont proposés.

Le catgut :

De nature collagène, il a l'avantage de se résorber mais l'inconvénient de se résorber trop rapidement et déterminer un granulome inflammatoire qui accompagne ce phénomène de résorption. Sa résistance diminue au cours de la stérilisation par la chaleur. La stérilisation est également difficile et parfois insuffisante.

Si le catgut est traité par de l'iode ou du chrome (catgut chromé) sa résistance et sa tolérance augmentent et la résorption s'effectue plus lentement. En fait le catgut n'est plus guère utilisé dans la suture des plans résistant en raison même de sa résorption, facteur d'éventration. Son usage reste limité aux petits vaisseaux.

- Le fil de lin, la soie, le coton ont une résistance et une tolérance plus grande, néanmoins ils sont susceptibles d'entretenir une infection.

- Matériel synthétique :

Le nylon (tressé ou monobrin) en est le chef de file. Il possède des propriétés de parfaite tolérance, de résistance très marquée, de stérilisation parfaite.

- Les fils métalliques :

Sont incontestablement ceux qui déclanchent le moins de réactions tissulaires (acier inoxydable - tantale). Toutefois leur maniement peu commode, en fait restreindre considérablement l'usage.

Une intervention atraumatique, une asepsie correcte, l'absence d'œdème ou d'hématome sont les conditions favorisant l'acceptation par l'organisme de matériel étranger.

4 - FERMETURE DE LA PAROI :

Ultime phase de l'intervention, la fermeture de la paroi exige minutie et asepsie rigoureuse. La réparation des plans tégumentaires vise à obtenir une parfaite coaptation des lèvres de la plaie, plan par plan, minutieusement affrontés, sans décalage dans le plan horizontal ou vertical, sans création d'espaces morts dans lesquels risquerait de stagner une collection sanguine, source d'infection.

L'enplacement et le nombre de sutures doivent être choisis avec soins. Il faut répartir la tension également à la fois, pour diminuer les chances de ruptures et permettre une organisation favorable et un alignement fonctionnel des fibres collagènes.

Il faut prendre garde en plaçant les points, de ne pas créer de solidarité fâcheuse entre deux plans de mobilité différente.

La peau, où la suture sans être hermétique, doit être refermée par des points sous tension suffisante mais non excessive.

5 - LE DRAINAGE :

L'abstention du drainage par voie de laparotomie est un facteur non négligeable de la diminution d'apparition de l'éventration post-opératoire.

6 - LES SUITES OPERATOIRES :

Elles peuvent avoir des conséquences fâcheuses sur une intervention correctement menée sur le plan technique. Dans les suites immédiates de l'intervention, l'agitation (réveil précoce), quintes de toux, vomissements, etc..... peuvent solliciter dangereusement les sutures.

// H A P I T R E IV

- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- CLINIQUE

- CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Protrusions viscérales sous cutanées consécutives à une solution de continuité musculo-aponévrotique de la paroi abdominale, les éventrations succèdent à une désunion immédiate ou à une distention après cicatrisation fibreuse par seconde intention. Le résultat anatomique est identique.

La cavité péritonéale pousse un diverticule à travers tous les orifices de sa paroi. Tout diverticule persistant est l'annonce d'une éventration.

Généralement l'éventration ou hernie incisionnelle occupe la totalité de l'ancienne plaie opératoire. Dans certains cas l'éventration est partielle aux dépens d'une partie de la cicatrice. Cette déchirure très précoce de la suture aponévrotique est certainement assez limitée puisqu'elle est habituellement invisible à la sortie du patient.

Elle se tapisse d'un tissu de granulation qui réunit les deux berges et s'épaissit. La cicatrisation par deuxième intention se poursuit et une densification en fibres collagènes assure une fermeture valable pour quelques mois ou quelques années. L'orientation inadéquate des fibres non sollicitées par une traction régulièrement appliquée explique l'écartement des berges par distention du régénérat.

La difficulté majeure de la réparation d'une éventration vient de l'écartement important des lèvres de la paroi plus véritablement que du volume de l'éventration. Le volume apparent de la tumeur herniaire est conditionné par la présence des viscères et organes qui y sont contenus,

L'orifice de l'éventration est souvent difficile à délimiter, tantôt perceptible sous l'énorme sac d'éventration, tantôt se confond avec dans l'épaisse couche de graisse sous-cutanée. Le plan musculo-aponévrotique est rétracté en un cercle fibreux offrant la meilleure résistance mécanique.

Le péritoine, réduit à un mince feuillet fibreux, tapisse cette poche.

La petite éventration siège sur une partie de la cicatrice. Elle se manifeste par une masse sous-cutanée, arrondie, mobile, ferme ou dépressive, gargouillante ou non et qui se réduit dans le relâchement musculaire. Après réduction, le doigt s'engage dans un orifice pariétal dont on perçoit le collet saillant et fibreux.

L'incarcération d'une anse grêle ou d'une frange épiploïque est volontiers le propre de ces petites éventrations.

L'état de la paroi musculaire : le diastasis peut être important, mais les muscles conservent généralement leur tonicité et leur solidité.

La volumineuse éventration : l'éventration peut s'engager à travers un ou plusieurs orifices aponévrotiques ou fibreux, absolument inextensibles et denses. Les muscles larges sont étalés, distendus, plus ou moins atrophiques, et l'on perçoit mal la limite entre la partie solide et la partie déhiscente de la paroi.

La saillie des muscles se dessine sous la peau ou au contraire leur étalement se moule sur les viscères flottant dans la graisse.

Leur contenu est variable et elles peuvent admettre jusqu'à la majorité des anses grèles.

Dans les deux cas l'existence de brides et d'adhérences entre les viscères herniés entre eux et au sac est possible, voir fréquente.

Les adhérences sont de divers types :

Tantôt simples lames conjonctives, laches, souples, endothéliales, facilement rompues, tantôt serrées, riches en tissu de sclérose, lisses et régulières. Parfois il s'agit de véritables magmas inextricables, englobant anses grèles, épiploon et paroi.

Les brides : relient les organes ou des segments viscéraux entre eux ou à la paroi, elles sont dûes à l'élongation d'une adhérence ou alors sont constituées d'épiploon venu se fixer sur une ligne de suture intestinale. Elles renferment alors une véritable trame conjonctive et élastique. Elles peuvent résulter enfin, de l'organisation d'un long caillot laissé dans la cavité abdominale.

A l'origine de ces brides et adhérences, la fibrine joue un rôle essentiel. Elles sont toujours formées de tissu cicatriciel.

La peau en regard de l'éventration est amincie, quelques fois ulcérée ou infectée. Elle porte toujours la cicatrice de l'incision première.

Plissée ou frippée, décalée, déprimée, hypertrophique ou chéloïde, elle est témoin de l'échec de la suture précédente.

Les complications :

- Les occlusions et les engouements sont rares mais non exceptionnels.

- Les ulcérations en regard des téguments distendus ne sont pas rares et sont davantage la conséquence d'une irritation mécanique.

- Les abcès sur éventration sont la conséquence d'un réveil infectieux intra pariétal témoin d'une infection latente à l'origine de l'éventration elle-même.

C L I N I Q U E

Les éventrations post-opératoires sont définies par la déficience localisée de la paroi abdominale, au niveau de la cicatrice, permettant la protrusion des viscéres abdominaux. Elles surviennent parfois immédiatement après l'intervention, le plus souvent des mois et même des années après.

Plus communément, le malade ne s'aperçoit de l'existence de la déhiscence pariétale qu'au bout de quelques semaines, au moment de la reprise de son activité normale.

Les symptômes amenant à consulter sont variés et les troubles qu'elles provoquent sont variables : gêne à la station debout, douleurs abdominales variées, associées ou non à des troubles du transit intestinal, mais paradoxalement souvent en raison inverse du volume de l'éventration et surtout des dimensions de l'orifice pariétal.

La traduction clinique de l'éventration est souvent seulement une petite tuméfaction ou "boule" soulevant la peau en un point quelconque de la cicatrice, impulsive à la toux, de consistance ferme, grasseuse ou plus rarement molle ou rémittente, intestinale, qui se réduit facilement. La pulpe du doigt s'engageant alors dans un orifice arrondi, à bords nets, voire tranchants.

C'est la véritable hernie cicatricielle.

Dans certains cas il s'agit de deux ou trois petites tuméfactions étagées le long de la cicatrice. (Observ. N°36)

Le plus souvent cette éventration est caractérisée par une masse très volumineuse, développée en dehors de l'ancienne incision pariétale à un (1) ou deux (2) centimètres d'elle, de forme ovalaire, de consistance ferme ou

au contraire molle, ces éventrations ne sont pas toujours réductibles, ce qui pourrait les faire confondre avec un lipome ou un kyste dermique.

Enfin, l'éventration est ce tableau caractéristique du malade pléthorique ou obèse, à l'abdomen flasque dominé par la saillie de volume considérable pouvant recouvrir le haut des cuisses. (Observ. N° 80).

La peau recouvrant la grosse éventration est mince, cicatricielle, quelque fois ulcérée, et sous laquelle peuvent se voir les anses intestinales. La réduction du contenu (épiploon, intestin grêle, colon,) est parfois possible. Elle permet d'apprécier les dimensions de l'orifice quelque fois étonnamment étroit, n'admettant que deux (2) ou trois (3) doigts, ailleurs vaste brèche bordée par des muscles grêles, distendus, largement écartés. La réduction n'est pas toujours totale, l'épiploon, voire l'intestin, restant accolés au sac péritonéal. Elle peut enfin être impossible, soit que le contenu soit fixé au sac, soit même qu'il ait perdu droit de cité dans l'abdomen.

Parmi ces différents types d'éventrations, certaines sont bien tolérées et la simple contention par une ceinture abdominale, si elle est utile et aide le malade à supporter son " infirmité ", est rarement confortable et ne peut constituer en aucun cas une forme de traitement de l'éventration.

D'autres par contre sont le plus souvent mal tolérées et font souhaiter par le malade la réparation de la brèche.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'éventration post-opératoire ne doit poser aucun problème. Toute tuméfaction apparaissant, sur le trajet ou au voisinage d'une cicatrice de laparotomie, au lendemain d'une intervention chirurgicale, est une éventration post-opératoire.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

Les éventrations post-opératoires ne sont pas une complication fréquente des interventions chirurgicales. Sur un chiffre total de 6340 laparotomies faites en dix (10) ans (1964 - 1974) à la Clinique Chirurgicale de L'université d'ALGER, où la laparotomie médiane est pratiquement de règle, nous avons relevé un pourcentage de 2 % d'éventration.

L'étude de cent quarante (140) éventrations colligées à la Clinique Chirurgicale de l'Université d'ALGER, nous permettra de déterminer l'incidence réelle des causes d'ordre local et général dans l'apparition de l'éventration post-opératoire.

Notre statistique comporte cent deux (102) éventrations survenues chez des malades opérés dans le service et trente huit (38) cas d'éventrations apparues dans les suites d'interventions pratiquées dans d'autres services notamment de gynéco-obstétrique.

Nous avons dénombré vingt six (26) malades porteurs d'éventrations après une ou plusieurs tentatives de correction chirurgicale antérieure.

L'éventration semble frapper davantage le sexe féminin puisque 70 % soit cent quatre (104) cas ont été observé chez la femme. L'obésité, plus fréquente chez celle-ci, la sédentarité, ainsi que les grossesses successives nous semblent influencer en partie cette répartition.

L'âge de nos malades varie de 4 ans à 73 ans

- 4 soit 2 % ont moins de 20 ans.

- 38 soit 27 % ont de 20 à 40 ans.

- 76 soit 55 % ont de 40 à 60 ans.

- 22 soit 16 % ont plus de 60 ans.

Le tableau I montre la nature de l'intervention initiale.

TABEAU I/

- Hernie ombilicale	14
- Estomac	17
- Intestin	55
- Voies biliaires	35
- Rate	3
- Appendice	9
- Reins	3

Le tableau II montre l'importance de l'éventration en fonction du nombre d'interventions antérieures, de l'obésité, de la multiparité, et des complications locales à type de suppuration.

TABEAU II/

NOMBRE D'INTERVENTIONS ANTERIEURES	OBSESITE	MULTIPARITE	PETITES EVENTRATIONS	MOYENNES EVENTRATIONS	GROSSES EVENTRATIONS	TOTAL
1	24	55	70	13	22	105
2	8	16	15	5	5	20
3	3	4	4	2	3	9
4	1	-	1	-	-	1

Au total nous remarquons que la majorité des éventrations ne sont pas importantes que l'affection ayant motivé la laparotomie est une lithiase vésiculaire, il s'agit de femmes sédentaires, multipares, obèses dont la paroi est une cause hautement prédisposante pour ce genre de complications post-opératoires.

Enfin trente cinq (35) malades sur cent quarante (140) présentent un abdomen polyopéré, causes classiques de faiblesse pariétale. Les délabrements musculaires, les sections nerveuses, et les ligatures vasculaires diminuent les capacités de cicatrisation d'une nouvelle incision.

Ultérieurement, d'autres complications locales telles qu'un hématome local ou une suppuration de la paroi cinq (5) cas peuvent être retenues comme éléments déterminant dans l'apparition de ces éventrations.

/// H A P I T R E V

○ B S E R V A T I O N S

N° DU DOSSIER	NOM ET PRENOM	AGE	INTERVENTIONS ANTERIEURES	TYPES D'INTERVENTION	TRAITEMENT	CONTROLES ET RESULTATS
1	Z..Khadoudja	53 ans Multip. Obèse	1972 : Cholécystectomie bonnes suites opératoires	Apparitions d'une éventration moyenne sous-ombilicale 3 mois après l'intervention	Cure simple	Non Contrôlé
2	Z..Nacéra	14 ans	1974 Péritonite appendiculaire	Petite éventration iliaque droite	Cure simple	Non Contrôlé
3	Z..Zoubida	47 ans Obèse	1951 Fibrome Utérin 1956 Eventration (cure) 1960 Eventration (cure) 1962 RECIDIVE (cure)	1971 Eventration moyenne sous-ombilicale apparue 3 mois après la cure	AUTOPLASTIE	EXCELLENT PAS DE RECIDIVE
4	Y..Sadia	56 ans Multip.	1956 Cholécystectomie Bonnes suites opératoires	1968 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
5	T..Fatima	58 ans Obèse	1945 Césarienne Musculature de la paroi abdominale atrophiée	1969 Eventration moyenne sous-ombilicale	Cure simple	RECIDIVE
6	T..Rabah	65 ans	1965 Cholécystectomie	1969 Petite éventration sous-ombilicale	Suture simple	Non Contrôlé

7	T..Yamina	46 ans Multip.	1967 Kyste séreux du mésocolon	1970 Eventration moyenne sous-ombi- licale	Suture simple	Non Controlé
8	T..Zineb	50 ans Multip.	1970 Lithiase Vésiculaire	1970 Apparition d'une petite éventra- tion sus-ombili- cale 2 mois après l'interven- tion	Suture simple	PAS DE RECIDIVE
9	T..Zoubida	46 ans Obèse Multip.	1970 Lithiase vé- siculaire	1971 Petite éventration sus-ombilicale	Suture simple	Non Controlé
10	S..Aïcha	42 ans Multip.	1968 Césarienne Bonnes suites opératoires	Apparition d'une éven- tration sous-ombili- cale 1 mois après l'intervention	Paletot	PAS DE RECIDIVE
11	S..Dahbia	60 ans Multip. Obèse	1973 Lithiase vésiculaire	1974 Petite éventra- tion sus-ombili- cale	Suture simple	Non Controlé
12	S..Fatma	49 ans Obèse Multip.	1972 Lithiase Vésiculaire	6 mois après appari- tion d'une petite éventration sus-ombi- licale	Cure simple	Non Controlé
13	S..Halima	53 ans Obèse	1952 Ovairectomie bilatérale	1959 Petite éventra- tion sous-ombi- licale	Suture simple	Non Controlé
14	S..Abdenour	6 ans	1972 Laparotomie exploratrice pour tuberculeuse - péritonéale droite	1972 Eventration de petite dimension latéro-ombilicale	Cure simple	Non Controlé

15	S..Badia	40 ans Multip.	1965 Diastasis des droits après accouchement 1969 Eventration (cure par paletot)	1971 Récidive d'une éventration sus et sous-ombilicale moyenne mauvais état de la paroi abdominale	Cure simple	RECIDIVE
16	S..Mérien	34 ans Obèse Multip.	1971 Césarienne	1972 Eventration moyenne sous-om- bilicale	<u>AUTOPLASTIE</u> Paletot	SUPPURATION DE LA PAROI
17	S..Fatima	20 ans	1964 Appendicite aigue	1970 Petite éventration iliaque droite	Paletot	PAS DE RECIDIVE
18	R..Messaouda	53 ans Obèse Multip.	1971 Lithiase vésiculaire	1970 Petite éventration sus-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
19	R..Mira	34 ans Multip.	1965 Lithiase vésiculaire 1969 Occlusion in- testinale	1970 Petite éventration sus-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
20	C..Chérifa	50 ans	1968 Hystérectomie 1970 Cholécystecto- mie 1971 Occlusion in- testinale	1973 Petite éventration para-ombilicale droite	Cure simple	Non Contrôlé
21	C..Barka	54 ans Obèse Multip.	1962 Fibrome Utérin	1963 Petite éventration sous-ombilicale opérée en 1970	Cure simple	PAS DE RECIDIVE

22	N..Baya	60 ans Multip.	1974 Hernie ombilicale	6 mois après apparition d'une petite éventration ombilicale	Cure simple	Non Controlé
23	N..Khédoudja	34 ans	1962 Hernie ombilicale	1966 Petite éventration ombilicale	Cure simple	Non Controlé
24	N..Khéira	51 ans Multip.	1966 Césarienne	1969 Petite éventration sous-ombilicale	Paletot	PAS DE RECIDIVE
25	N..Fatma	33 ans	1970 Césarienne	1974 petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
26	N..Krenfla	54 ans Obèse Multip.	1965 Lithiase vésiculaire 1968 Réintervention pour calcul résiduel	1970 Petite éventration sus-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
27	M..Aïcha	42 ans Obèse Multip.	1960 Fibrome Utérin 1972 Eventration (cure)	1973 Récidive d'éventration moyenne sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
28	M..Khédoudja	48 ans Obèse Multip.	1955 Hystérectomie 1958 Eventration (cure)	1968 Récidive d'une volumineuse éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
29	M..Maamar	37 ans	1968 Lithiase vésiculaire 1969 Eventration (cure)	1972 Récidive d'une éventration moyenne sus-ombilicale	Cure simple	Non Controlé



30	M..Zohra	49 ans Obèse Multip.	1959 Lithiase vésiculaire	1966 Enorme éventra- tion sus-ombili- cale polylobée	Cure simple	Non Controlé
31	M..Tassadit	53 ans Obèse Multip.	1969 Lithiase vésiculaire	1970 Petite éventra- tion sus-ombili- cale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
32	M..Zohra	32 ans Obèse Multip.	1972 Lithiase vésiculaire	1973 Eventration moyenne sus-om- bilicale	Paletot	RECIDIVE
33	M..Brahim	15 ans	1958 Appendicecto- mie	1971 Petite éventra- tion iliaque droite	Cure simple	Non Controlé
34	M..Maamar	40 ans	1965 Calcul pyé- lique gauche	1967 Eventration lombaire gauche	Cure simple	Non Controlé
35	M..El-feyad	61 ans	1967 Hernie ombilicale	1969 Apearition d'une éventration moyenne poly- lobée péri-ombi- licale	Cure simple	Non Controlé
36	M..Fettouma	37 ans Multip.	1965 Hernie ombili- cale 1965 Césarienne	1968 Apparition d'une énorme éventra- tion sous-ombi- licale polylobée constituée de deux (2) tuné- factions étagées le long de la cicatrice	Cure simple	RECIDIVE

37	M..Khédoudja	67 ans Multip.	1968 Hernie ombilicale	1970 Petite éventration para-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
38	M.. Yamina	40 ans Multip.	1965 Césarienne (bonnes suites opératoires)	1974 Petite éventration sous-ombilicale droite	Cure simple	Non Contrôlé
39	M..Hadjila	31 ans	1969 Lithiase vésiculaire	1971 Petite éventration sous-ombilicale	Paletot	PAS DE RECIDIVE
40	L..Reghia	21 ans Multip.	1969 Césarienne	1970 Apparition d'une éventration moyenne sous-ombilicale	Paletot	PAS DE RECIDIVE
41	L..Sadia	35 ans	1961 Hernie ombilicale 1964 Evertation (cure)	1968 Récidive d'une petite éventration sous-ombilicale à la suite d'une grossesse	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
42	L..Khadidja	27 ans	1972 Herrie de la ligne blanche	1974 Petite éventration para-ombilicale gauche	Paletot	Non Contrôlé
43	L..Djoher	62 ans	1953 Cholécystectomie totale	1968 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE

44	L..Mohamed	72 ans	1968 Appendicectomie très mauvais état général? Musculature de la paroi abdominale très faible	1970 Petite éventration iliaque droite	Cure simple	RECIDIVE
45	K..Fatima	40 ans	1964 Grossesse extra-utérine	1969 Petite éventration sous-ombilicale	Paletot	PAS DE RECIDIVE
46	K..Zoubida	37 ans	1972 Césarienne	1973 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
47	K..Saïd	70 ans	1969 Hernie inguinale gauche	Apparition deux mois après d'une petite éventration	Cure simple	Non Controlé
48	K..Méheennia	66 ans	1960 Hystérectomie totale	1970 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
49	K..Mohamed	48 ans	1966 Appendicectomie	1968 Petite éventration iliaque droite	Paletot	Non Controlé
50	K..Mania	33 ans Multip.	1966 Césarienne 1968 Eventration (cure)	1969 petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé

51	K..Méhénia	60 ans Multip.	1973 Lithiase vésiculaire 1974 Eventration (cure)	3 mois après récidive d'une petite éventra- tion sus-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
52	K.. Fatouma	57 ans Multip.	1967 Hystérectomie 1968 Eventration (cure)	1972 Apparition d'une énorme éventra- tion sous-ombi- licale	Cure simple	SUPPURATION DE LA PAROI RECIDIVE
53	K..Hénia	56 ans Multip.	1971 Lithiase vésiculaire	1972 Petite éventra- tion sus-ombili- cale	Paletot	Non Contrôlé
54	K..Fatima	37 ans Obèse Multip.	1970 Lithiase vésiculaire 1972 Césarienne	1973 Eventration moyenne sus et sous-ombilicale	Paletot	Non Contrôlé
55	K..Aïcha	56 ans Multip.	1966 Lithiase vésiculaire	1968 Volumineuse éventration sus- ombilicale	PLAQUE DE NYLON	PAS DE RECIDIVE
56	H..Zineb	32 ans	1969 Lithiase vésiculaire	1974 Petite éventra- tion sus-ombili- cale	Cure simple	Non Contrôlé
57	H..Zohra	35 ans	1964 Laparotomisée pour stérilité secondaire	1969 Petite éventra- tion sous-ombili- cale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
58	H..Mébaraka	62 ans	1963 Fibrome très mau- vais état général	1967 Enorme éventra- tion sous-ombili- cale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE

59	H..Yamine	47 ans Multip.	1970 Lithiase vésiculaire	1971 Petite éventra- tion sus-ombili- cale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE
60	H..Fatima	39 ans Multip.	1970 Lithiase vésiculaire	1971 Eventration moyenne sus-ombi- licale	Cure simple	Non Contrôlé
61	H..Aïcha	50 ans Multip.	1964 Lithiase vésiculaire 1969 Eventration (cure)	1970 Eventration moyenne sus-ombi- licale (récidive)	Paletot	PAS DE RECIDIVE
62	H..Chérif	45 ans	1948 Appendicite complicquée	1963 Apparition d'une petite éventra- tion iliaque droite opérée en 1974	Cure simple	Non Contrôlé
63	H..Sadia	44 ans Obèse	1971 Fibrome utérin Suppuration traumante de la plaie opé- ratoire	1972 Petite éventra- tion sous-ombili- cale	Cure simple	Non Contrôlé
64	H..Khadira	50 ans Obèse	1968 Lithiase vésiculaire et pancréa- tite aigue abcédée	1969 Volumineuse éven- tration sus-ombi- licale	PLAQUE DE NYLON	PAS DE RECIDIVE

65	G..Moussa	45 ans	1971 Sténose du pylore : gastrectomie	1972 Petite éventra- tion sus-ombili- cale	Cure simple	Non Contrôlé
66	G..Rahmane	53 ans	1949 gastrectomie 1969 Lithiase vésiculaire	1970 Petite éventra- tion sus-ombili- cale	Paletot	Non Contrôlé
67	G..Khémisse	69 ans	1967 Lithiase vésiculaire	1970 Petite éventra- tion sus-ombili- cale	Cure simple	Non Contrôlé
68	G..Malika	49 ans Multip.	1970 Fistule colique	1971 Enorme éventra- tion sous-ombi- licale	Cure simple	RECIDIVE
69	G..Masie	59 ans Multip.	1971 Lithiase vésiculaire 1972 Eventration (cure)	1973 Récidive d'une petite éventra- tion sus-ombili- cale	Cure simple	RECIDIVE
70	F..Oumessad	60 ans	1965 Appendicec- tomie	1967 Petite éventra- tion iliaque droite	Cure simple	Non Contrôlé
71	F..Halima	55 ans	1960 Hystérecto- mie totale	1971 Eventration moyenne sous-om- bilicale	Cure simple	RECIDIVE
72	F..Lakhdar	38 ans	1969 Splénectomie (rupture tran- smatique de la rate)	1970 Petite éventra- tion de l'hypocondre gauche	Cure simple	PAS DE RECIDIVE

73	E..Bahia	70 ans Obèse Multip.	1970 Lithiase vésiculaire	1971	Éventration moyenne sus-ombi- licale	AUTOPLASTIE	ÉCHEC PAR SUPPURATION DE LA PAROI
74	D..Ahmed	55 ans	1962 Ulcère duodénal	1971	Petite éventra- tion sus-ombili- cale	Cure simple	Non Contrôlé
75	D..Hadda	29 ans	1969 Césarienne	1973	Petite éventra- tion sous-ombili- cale	Cure simple	RECIDIVE PAR SUPPU- RATION DE LA PAROI
76	D..Abdallah	39 ans	1969 Ulcère duodénal	1970	Enorme éventration sus-ombilicale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE
77	D..Badéha	53 ans Obèse	1967 Hernie ombi- licale	1968	Enorme éventration para-ombilicale droite	Cure simple	RECIDIVE
78	D..Halla	44 ans	1968 Lithiase vésiculaire 1969 Césarienne	1970	petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
79	D..Abdellah	15 ans	1968 Appendicec- tomie 1969 Éventration (cure)	1970	Récidive d'une petite éventration iliaque droite	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
80	D..Khédidja	58 ans Obèse Multip.	1967 Lithiase vésiculaire 1968 Césarienne Malade obèse abdomen flasque	1969	Enorme éventration recouvrant le haut des cuisses	Cure simple	PAS DE RECIDIVE

81	D..Safia	41 ans	1961 Fibrome utérin 1964 Eventration avec cirrhose et splénomégalie	Petite éventration sous-ombilicale	Splénectomie et cure d'éventration	Non Contrôlé
82	D..Nouara	50 ans	1959 Lithiase vésiculaire 1967 Eventration (cure)	1970 Récidive d'une petite éventration sus-ombilicale	Paletot	PAS DE RECIDIVE
83	C..Baya	43 ans Obèse	1965 Kyste de l'ovaire droit	1966 Petite éventration sous-ombilicale	Paletot	PAS DE RECIDIVE
84	C..Khéira	44 ans	1964 Césarienne	1967 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
85	C..Fatma	34 ans Multip.	1971 Césarienne	1972 Eventration moyenne sous-ombilicale	Cure simple	RECIDIVE
86	C..Baya	49 ans	1963 Tumeur sus-pubienne	1964 Petite éventration sous-ombilicale opérée en 1970	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
87	C..Réguina	38 ans Multip. Obèse	1968 Lithiase vésiculaire	1970 Volumineuse éventration sous-ombilicale	Paletot	RECIDIVE
88	C..Messouda	55 ans Multip.	1973 Splénectomie	1974 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé

89	C..Saïd	62 ans	1954 Laparotomisé pour ré- tentation vésiculaire	1964 Petite éventration sus-pubienne	Cure simple	Non Contrôlé
90	C..Hafsa	31 ans Multip. Obèse	1968 Grosse extra-utérine	1969 Enorme éventration sous-ombilicale	Paletot	PAS DE RECIDIVE
91	C..Houria	38 ans Obèse Multip.	1969 Lithiase vésiculaire	1971 Petite éventration sous-ombilicale	Paletot	PAS DE RECIDIVE
92	C..Zoulikha	59 ans Multip. Obèse	1970 Lithiase vésiculaire	1971 éventration moyenne sous-ombilicale	Cure simple	RECIDIVE
93	B..Hafai	63 ans	1972 Lithiase vésiculaire	Apparition d'une petite éventration sus-ombilicale 4 mois après l'intervention	Cure simple	RECIDIVE
94	B..Abdelkader	63 ans	1965 Lithiase vésiculaire	1968 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
95	B..Ghézala	73 ans Multip. Obèse	1958 Lithiase vésiculaire	1964 Enorme éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
96	B..Dahbia	40 ans	1970 Césarienne	1971 Enorme éventration sous-ombilicale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE

97	B..Abdelkader	47 ans	1955 Lithiase vésiculaire	1973 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
98	B..Mekki	70 ans	1969 Occlusion intestinale aigue opérée en urgence au P.U.	Suppuration pariétale dans les suites immédiates post-opératoires	Cure simple	RECIDIVE
99	B..Saïd	62 ans	1968 Gastrectomie	1971 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
100	B..Saddek	54 ans	1967 Volvulus du grêle	1968 Petite éventration sous-ombilicale	Paletot	Non Controlé
101	B..Yamina	63 ans	1961 Kyste de l'ovaire droit	1968 Eventration moyenne sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
102	B..Mouloud	51 ans	1962 Lithiase vésiculaire	1969 Eventration moyenne sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
103	B..Fatima	25 ans	1972 Césarienne	1974 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé

104	B..Mohaned	72 ans	1968 Lithiase vésiculaire	1972 Eventration moyenne sus-ombilicale	AUTOPLASTIE	MALADE DECEDE 3 JOURS APRES L'INTERVENTION
105	A..Laldja	65 ans Multip.	1962 Fibrome utérin	1971 Enorme éventration sous-ombilicale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE
106	B..Fatina	52 ans Obèse Multip.	1970 Lithiase vésiculaire	1974 Eventration moyenne sus-ombilicale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE
107	B..Ahmed	51 ans	1969 Lithiase vésiculaire	1971 Récidive d'une petite éventration sous-ombilicale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE
108	B..Hadda	41 ans Multip.	1965 Hernie ombilicale	1972 Petite éventration para-ombilicale droite	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
109	B..Bahia	36 ans	1971 Césarienne	1972 Eventration moyenne sous-ombilicale	Cure simple	RECIDIVE
110	B..Doudja	50 ans Multip.	1967 Sténose pylorique	1971 Eventration moyenne sus-ombilicale	Cure simple	SUPPURATION DE LA PAROI
111	B.. Hadda	58 ans Multip.	1972 Lithiase vésiculgire	1973 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE

112	B.. Mohamed	39 ans	1973 Splenectomie	1974 Petite éventration sus-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
113	B.. Abdelkader	58 ans	1969 Appendicectomie	1970 Petite éventration iliaque droite	Cure simple	Non Controlé
114	B.. Afcha	45 ans Obèse Multip.	1962 Lithiase vésiculaire	1964 Eventration moyenne sus-ombilicale	Paletot	RECIDIVE
115	B.. Djédjiga	48 ans Obèse Multip.	1969 Lithiase vésiculaire	1970 Enorme éventration sus-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
116	B.. Khenfla	54 ans Obèse Multip.	1957 Lithiase vésiculaire 1967 Eventration (cure)	1967 Récidive d'une éventration moyenne sus-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
117	B.. Zakia	36 ans Multip.	1964 Césarienne	1972 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Controlé
118	B.. Faouza	22 ans	1965 Hernie ombilicale	1972 Eventration para-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
119	B.. Ahmed	50 ans	1969 Gastrectomie	1971 Enorme éventration sus-ombilicale	PLAQUE D'ACIER	PAS DE RECIDIVE

120	B..Yamina	35 ans Multip.	1966 Césarienne	1973 Petite éventration sous - ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
121	B..Yamina	53 ans Multip.	1969 Lithiase vésiculaire	1970 Eventration moyen- ne sus-ombilicale	Paletot	Non Contrôlé
122	B..Fatima	59 ans Multip.	1970 Lithiase vésiculaire	1971 Enorme éventration sus-ombilicale	PLAQUE D'ACIER	PAS DE RECIDIVE
123	A..Taous	41 ans	1950 Césarienne	1967 Petite éventra- tion sous-ombili- cale	Cure simple	Non Contrôlé
124	A..Malla	33 ans Multip.	1967 Césarienne	1968 Eventration moyen- ne sous-ombilicale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE
125	A..Ghérifa	45 ans Obèse Multip.	1973 Lithiase vésiculaire 1974 Eventration (cure)	1974 Récidive d'une petite éventration sus-ombilicale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE
126	A..Md-Salah	72 ans	1970 Lithiase vésiculaire	1971 Enorme éventration sus-ombilicale	AUTOPLASTIE	PAS DE RECIDIVE
127	A..Ourdia	43 ans Multip.	1967 Lithiase vésiculaire	1968 Petite éventration lombaire gauche	Paletot	Non Contrôlé
128	A..Djamel	42 ans	1970 Kyste hyda- tique du foie	1971 Petite éventration sus-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé

129	N..Hadda	61 ans Multip.	1973 Tumeur abdominale	1974 Éventration moyenne péri-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
130	T..Fatima	51 ans	1965 Hystérectomie	1972 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
131	S..Khédidja	42 ans Multip.	1972 Lithiase vésiculaire	1973 Petite éventration sus-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
132	M..Hafida	50 ans Multip. Obèse	1971 Hernie ombilicale	1973 Enorme éventration para-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
133	N..Tahar	36 ans	1963 Lithiase vésiculaire	1970 Petite éventration sus-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
134	T..Yanina	58 ans Multip.	1964 Appendicectomie	1973 Petite éventration iliaque droite	Cure simple	PAS DE RECIDIVE
135	L..Zéhira	67 ans Multip.	1959 Césarienne 1960 Éventration (cure)	1971 Récidive d'une éventration moyenne sous-ombilicale	Paletot	Non Contrôlé
136	D..Fatima	60 ans	1966 Hystérectomie	1973 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé
137	S..Z'hor	41 ans Obèse Multip.	1957 Césarienne	1969 Petite éventration sous-ombilicale	Cure simple	RECIDIVE
138	M..Prahim	23 ans	1971 Splénectomie par rupture traumatique de la rate	1972 Petite éventration sus-ombilicale	Cure simple	Non Contrôlé

139	G..Aichouche	58 ans Obèse	1973 Fibrome utérin	1974 Petite éventre- tion sous-ombili- cale	Cure simple	Non Controlé
140	M..Omar	52 ans	1973 Hernie ombilicale	1974 Petite éventre- tion para-ombili- cale droite	Cure simple	Non Controlé

C H A P I T R E VI

- LE TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR LES
DIFFERENTES METHODES

- RESULTATS ET CRITIQUES

1) - Les techniques de cure

2) - Les principes généraux des opérations

3) - Les suites

T R A I T E M E N T

- LE TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR LES DIFFERENTES
METHODES

L'éventration post-opératoire doit être traitée avec le double souci : la faire disparaître et en prévenir la récurrence. En certaines circonstances la cure chirurgicale des éventrations post-opératoires est reléguée au second plan, au profit d'une simple contention de la paroi abdominale défaillante par différents procédés, soit du fait de la tolérance relative de l'éventration et de l'appréhension du sujet à une nouvelle intervention chirurgicale, soit du fait de l'existence d'une contre-indication définitive.

L'indication opératoire est formelle en cas d'éventration, et la cure chirurgicale reste la seule thérapeutique à visée radicale.

Cette cure chirurgicale a pour principal but la fermeture correcte d'une faille pariétale à travers laquelle peuvent faire issue les viscères sous jacents.

Depuis l'apparition des antibiotiques, l'ouverture du péritoine n'est plus un problème, mais ne doit pas être systématique. Elle est indiquée pour vérifier l'absence de brides ou pour les traiter.

DIFFERENTS PROCEDES DE FERMETURE ONT ETE UTILISES :

- 1) - Les techniques de suture
- 2) - Les plasties utilisant les aponévroses ou les muscles.

T R A I T E M E N T

- LE TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR LES DIFFERENTES METHODES

L'éventration post-opératoire doit être traitée avec le double souci : la faire disparaître et en prévenir la récurrence. En certaines circonstances la cure chirurgicale des éventrations post-opératoires est reléguée au second plan, au profit d'une simple contention de la paroi abdominale défaillante par différents procédés, soit du fait de la tolérance relative de l'éventration et de l'appréhension du sujet à une nouvelle intervention chirurgicale, soit du fait de l'existence d'une contre-indication définitive.

L'indication opératoire est formelle en cas d'éventration, et la cure chirurgicale reste la seule thérapeutique à visée radicale.

Cette cure chirurgicale a pour principal but la fermeture correcte d'une faille pariétale à travers laquelle peuvent faire issue les viscères sous jacents.

Depuis l'apparition des antibiotiques, l'ouverture du péritoine n'est plus un problème, mais ne doit pas être systématique. Elle est indiquée pour vérifier l'absence de brides ou pour les traiter.

DIFFERENTS PROCEDES DE FERMETURE ONT ETE UTILISES :

- 1) - Les techniques de suture
- 2) - Les plasties utilisant les aponévroses ou les muscles.

3) - Les greffes ou prothèses utilisant :

- Le fascia lata
- La peau fraîche ou conservée au cialit
(R. et J. JUDET)
- La plaque de nylon (ZAGDOUN)
- La plaque d'acier (THOMERET)

Ces différentes techniques ont en commun un certain nombre de caractères : Elles se déroulent sous anesthésie générale, le malade en décubitus dorsal, en résolution musculaire totale.

L'ancienne cicatrice, le plus souvent de mauvaise qualité, est circonscrite et excisée.

Le sac disséqué, les viscères libérés et réintégrés il faut s'efforcer de retrouver les différents plans pariétaux après avoir réséqué tout le tissu cicatriciel.

Si le rapprochement des lèvres de l'incision est parfois possible sans tension, selon la qualité des différents plans aponévrotiques ou musculaires, dans d'autres cas la fermeture pariétale est assurée par un matériel d'apport.

LES SUTURES

1) - La suture simple : Après dissection et appropriation correcte des bords de l'orifice, la réfection pariétale est réalisée, plan par plan, au fil non résorbable.

2) - Suture par laçage de peau : (GOSSET) La lanière de peau fraîche est prélevée sur les bords de l'incision ou à distance. Elle a l'avantage d'empêcher la suture d'être traumatisante. La peau doit être désépidermée pour présenter une asepsie suffisante.

Cependant, prélevée sur les bords de la cicatrice, elle est trop mince et de mauvaise qualité et surtout elle se détend.

Cette technique ne présente d'indication que dans les hernies.

LES PLASTIES

1) - Les aponévroses :

- a) - Technique de JUDD : Adossement dit en paletot réalisé par la superposition des feuillets aponévrotiques distendus même s'ils sont de qualité médiocre.
- b) - Technique de VELTI et EUDEL 1941 : Après décollement du revêtement cutané et de la graisse, les grands droits reconnus, le feuillet antérieur de la gaine est ouvert longitudinalement. Ce procédé consiste en une incision du feuillet antérieur de l'aponévrose des droits qui libère ainsi la tension latérale et transforme un trou rond en une ébauche elliptique qui se ferme mieux.

2) - Les muscles :

Procédé parfois ingénieux utilisant le muscle droit d'un côté pour combler un déficit du droit du côté opposé (DANIEL), du couturier transplanté avec son pédicule vasculaire - du droit interne de la cuisse et enfin la désinsertion des droits puis leur sutures suivie de leur réinsertion. (PATEL).

LES GREFFES

1) - Fascia lata : Théoriquement intéressant mais ne permet que de petits prélèvements et laisse au niveau de la prise une hernie musculaire disgracieuse.

2) - La peau : La transplantation de peau débarassée ou non de son épiderme est apparue comme un moyen de prothèse pour combler les pertes de substance.

Ces procédés ont en commun l'utilisation d'un tissu vivant capable de prendre là où il est placé. Sa fixation se fait par points séparés au fil non résorbable passés aux quatre coins puis tout autour du lambeau. La greffe doit être tendue comme une peau de tambour.

3) - Plaque de matériel plastique : L'élément de base est un fil tubulaire homogène de crin, non soumis à la torsion et tissé en plaque. Ce tissu est d'autant mieux toléré que la maille est large permettant une bonne colonisation par les fibroblastes.

L'emploi en est simple : la plaque est fixée par des fils de nylon entre l'aponévrose postérieure des droits au devant du péritoine.

4) - La toile d'acier inoxydable : Prothèse métallique faite d'un réseau de fil d'acier inoxydable, ce matériel ne provoque pas ou peu de réaction tissulaire. Il est inattaquable par l'organisme et les mailles de la toile sont assez larges pour laisser passer les cellules conjonctives.

Techniquement, certains détails sont à préciser :

Le plan péritonial doit être refait soigneusement, les dimensions de la plaque calculées avec précision et on la

laisse déborder de 1/2 cm l'orifice à oblitérer et est repliée de cette longueur sur elle-même. C'est donc une double épaisseur qui sera suturée au pourtour. Elles sont ainsi plus solides. La suture se fait en points séparés à des tissus solides préalablement appropriés et choisis pour les qualités plastiques.

RESULTATS ET CRITIQUES DE CES METHODES

1) - La technique de suture simple plan par plan au fil non résorbable n'est possible que dans les petites éventrations à collet réduit, de forme elliptique, avec les tissus de voisinage sains et de qualité excellente. Elle nécessite une précaution particulière : la mise en contact des deux berges doit s'effectuer sans tension.

Nous avons traité par ce procédé quatre vingt dix huit (98) cas d'éventrations post-opératoires. Les résultats recueillis chez trente sept (37) cas contrôlés nous a révélé une récurrence dans quinze (15) cas.

Le succès des vingt deux (22) cas tient de la technique (du fait qu'il s'agisse de petites éventrations d'apparition récente), du bon état général du patient, de l'absence d'obésité etc...)-

Les échecs imputables à ce procédé, sont dûs à la suppuration (observation n° 75 et 52) et nous avons même observé un cas de suppuration trainante pendant six (6) mois (observation n° 63), à l'obésité et à la multiparité (observation n° 137), enfin à l'âge avancé du malade et au mauvais état général (observation n°44)

2) - La technique de JUDD, dont ont bénéficié vingt cinq (25) de nos malades, seize (16) contrôlés se sont révélés d'excellents résultats. Les éventrations traitées sont en majorité des petites éventrations.

Les échecs sont dû à la multiparité et à l'obésité (Observ. n°87 et 114) au mauvais état de la paroi (Observation n° 15).

Ces procédés ont donc leurs indications limitées aux petites éventrations, non compliquées et d'apparition récente.

3) - Les plasties musculaires : Dans notre pratique faite essentiellement de femmes obèses, multipares, à paroi abdominale très déficiente, les plasties musculaires ont perdu de leur intérêt depuis l'utilisation des prothèses, car nécessitent des techniques compliquées et qui ne sont pas exemptes d'inconvénients.

4) - La plaque de nylon représente un matériel théoriquement idéal par sa résistance, sa souplesse, sa facilité de stérilisation. Notre expérience limitée à deux cas (Observ.n°55 et 64) ne nous permet pas d'apprécier la méthode à sa juste valeur malgré les bons résultats obtenus.

5) - La plaque d'acier inoxydable à les mêmes propriétés que la précédente. Deux de nos malades ont bénéficié de cette méthode avec succès (Observation n° 122 et 119).

6) - L'autoplastie : La peau s'intègre immédiatement à l'endroit où elle est greffée sans risque de nécrose et y subie des transformations consécutives à ses fonctions. C'est un matériel vivant parfaitement toléré et sa fonction de soutien est confirmée par les bons résultats obtenus.

Nous nous sommes proposés d'étudier particulièrement un procédé de fermeture pariétale au moyen de lambeau cutané inclus, à propos de treize (13) cas d'éventrations traités par autoplastie.

II H A P I T R E VII

- LA CURE CHIRURGICALE AU MOYEN
DE LAMBEAU CUTANE INCLUS

 - LA TECHNIQUE OPERATOIRE
-

LA CURE CHIRURGICALE AU MOYEN DE LAMBEAU CUTANE INCLUS

I) - PRINCIPE THEORIQUE

LOEWE en 1913 puis REHN en 1914 ont été les premiers à utiliser la greffe cutanée libre débarassée de son épiderme. Matériel de prothèse excellent doué de qualités multiples, le lambeau est d'une élasticité, d'une solidité à toutes épreuves, ne se déchire pas sous la traction de fils et on peut le tendre comme une peau de "tambour". En 1939 sont apparus les travaux de UHLEIM dans lesquels sont discutés les bons résultats de l'emploi d'une telle greffe à propos de quatre vingt (80) cas.

Georges MAIR en 1938 a employé une greffe de peau totale pour le traitement chirurgical d'une hernie abdominale post-opératoire et fait paraître en 1945 ses premières observations sur l'application clinique et expérimentale de sa méthode. Il publie que ses résultats sont biens supérieurs à toutes autres méthodes appliquées.

La greffe au moyen de lambeau autoplastique consiste en l'utilisation d'une zone cutanée à l'intérieur des tissus en tant que matériau vivant, bien vascularisé, et recouvert par le plan cutané.

II) - LES BASES EXPERIMENTALES

La peau sous forme d'autotransplant désépidermisé est un excellent matériel de prothèse pour la chirurgie réparatrice des parois abdominales. Elle a retenue l'attention

LA CURE CHIRURGICALE AU MOYEN DE LAMBEAU CUTANE INCLUS

I) - PRINCIPE THEORIQUE

LOEWE en 1913 puis REHN en 1914 ont été les premiers à utiliser la greffe cutanée libre débarassée de son épiderme. Matériel de prothèse excellent doué de qualités multiples, le lambeau est d'une élasticité, d'une solidité à toutes épreuves, ne se déchire pas sous la traction de fils et on peut le tendre comme une peau de "tambour". En 1939 sont apparus les travaux de UHLEIM dans lesquels sont discutés les bons résultats de l'emploi d'une telle greffe à propos de quatre vingt (80) cas.

Georges MAIR en 1938 a employé une greffe de peau totale pour le traitement chirurgical d'une hernie abdominale post-opératoire et fait paraître en 1945 ses premières observations sur l'application clinique et expérimentale de sa méthode. Il publie que ses résultats sont biens supérieurs à toutes autres méthodes appliquées.

La greffe au moyen de lambeau autoplastique consiste en l'utilisation d'une zone cutanée à l'intérieur des tissus en tant que matériau vivant, bien vascularisé, et recouvert par le plan cutané.

II) - LES BASES EXPERIMENTALES

La peau sous forme d'autotransplant désépidermisé est un excellent matériel de prothèse pour la chirurgie réparatrice des parois abdominales. Elle a retenue l'attention

par sa résistance, son élasticité, et sa plasticité. Ainsi elle ne coupe pas sous les noeuds et s'adapte au trajet que lui impose le fil de traction.

Le lambeau de peau s'intègre à l'endroit où il est greffé et évolue vers un tissu aponévrotique.

ZAVELETTA écrit en 1950 : "La greffe s'identifie au tissu voisin et à l'apparence d'un ferme tissu fibreux ressemblant à une cicatrice ou à une solide aponévrose".

En ce qui concerne le sort de la greffe enfouie, le travail expérimental de PEER-PADDOCK en 1937 est très intéressant. Ces auteurs se basant sur des examens biologiques, après prélèvements de fragments de peau à différents endroits et à différents moments du stade de cicatrisation, ont constaté la complète incorporation des greffes au tissu conjonctif environnant et le développement autour de celui-ci d'une réaction inflammatoire aseptique (formation d'un tissu granuleux contenant des lymphocytes, des macrophages et des cellules épithéloïdes).

A) - EVOLUTION DU LAMBEAU

1) - L'épiderme disparaît peu à peu

- A la fin de la première semaine en ne retrouve plus traces des glandes sébacées.
- A la fin de la troisième semaine les follicules pileux disparaissent totalement.

- Les glandes sudoripares persistent plus longtemps on les retrouve parfois une année après, mais atrophiées ayant subi une dégénérescence fibreuse.

2) - Le derme : Il subi une transformation fibreuse et la continuité avec les tissus adjacents se fait par un processus habituel de réparation de plaie.

En conclusion/ - Le transplant est un tissu vivant qui a subi des transformations histologiques démontrant qu'il s'est adapté à sa nouvelle fonction - Le greffon, loin de s'être résorbé, s'est transformé en un solide tissu de soutien.

B) LES RISQUES

a) - L'infection : Nous ne pouvons nier que du point de vue théorique, l'aseptie parfaite de la peau ne peut jamais être réalisée. Ce risque septique est diminué par la désépidermisation et par la préparation locale rigoureuse du lambeau. Nous soulignons néanmoins la parfaite tolérance du greffon par l'organisme. MAIR a relevé deux (2) cas d'infections sur cent dix neuf (119) cas. ZAVALETTA relève 2,36 % d'infections sur deux cent onze (211) cas. STRAHAM relève 4,3 % sur trois cent quatre vingt deux (382) cas. DJUVARA et CONDESCU ont ensemencé sur des milieux de culture plusieurs fragments de peau préparées : toutes les cultures sont demeurées stériles.

b) - Formation de kystes épithéliaux : Observés pour la première fois par PEER-PADDOCK, également signalés par DAVIS et TRANT, soit lors d'une réintervention à l'occasion d'un prélèvement de contrôle, soit quand le volume du kyste développé nécessite un nouvel acte chirurgical.

la désépidermisation est illusoire et inutile car elle ne prévient pas la survenue de ces kystes.

Elle est pratiquée dans le but d'éviter une infection que celui d'éviter le kyste.

c) - Transformation maligne : Au chapitre des risques reste à verser le problème de la transformation maligne : nous n'avons relevé aucun cas mentionné.

LA TECHNIQUE OPERATOIRE

I) - LES SOINS PRE-OPERATOIRES

Ces interventions ne présentent aucune gravité et la mortalité peut être considérée comme inexistante. Dans les cas d'une éventration monstrueuse et dans les éventrations du vieillard elles revêtent alors les caractères d'une intervention majeure et le risque opératoire devient considérable.

A) - L'examen général doit être soigneux et l'attention doit se porter en particulier sur :

- Etat de la fonction Pulmonaire : le traitement d'une insuffisante broncho-pulmonaire peut épargner à l'opéré un inconfort désagréable et le préserver des risques de surcharges et de désunions auxquels la toux expose la réparation. Une légère insuffisante respiratoire peut être aggravée par la réintégration de la masse viscérale dans la cavité abdominale et la sangle réalisée par la prothèse. Ces accidents sont évités par l'épreuve du pneumo-péritoine (GONI-MORENO) qui améliore les conditions opératoires.

b

- L'état cardiovasculaire : Le risque cardiaque mais aussi le risque veineux sont les principales sources d'ennuis graves. Il ne faut pas omettre de pratiquer un E.C.G. surtout chez les vieillards.

- L'examen sanguin recherche spécialement une survenue des troubles de la crase sanguine.

- On s'attachera chez l'obèse à mettre en évidence un diabète vrai ou faux.

- La cure d'amaigrissement est d'intérêt certain mais illusoire.

- Rééquilibration de tous les désordres :

- Anémie

- Hypoprotidémie etc...

- Equilibration du diabète aussi parfaite que possible seront assurés à cette période.

B) - Préparation locale : La préparation régionale de la peau recouvrant l'éventration (elle servira de lambeau autoplastique) est réalisée quarante huit (48) heures avant l'intervention, par brossages répétés, décapages par les ammoniums, badigeonage par l'alcool iodée à 4 % et par l'application de pommade contenant à la fois des vitamines et un antiseptique léger, ou de la néomycine. Dans certains cas l'hydrocortisone locale est nécessaire et utile pour supprimer une desquamation trop importante. En outre, la peau devant servir de lambeau autoplastique ne devra comporter aucune lésion inflammatoire en évolution aiguë ou chronique, infectieuse ou parasitaire. La peau ne devra également pas être infiltrée d'hématome. On applique un pansement sur cette région ainsi préparée la veille de l'intervention.

C) - Pour les grosses éventrations avec perte du droit de domicile, dont la cure risque de provoquer des accidents per-opératoires aigus, nous recourons à un acte thérapeutique spécial, dont la première publication est de GONI-MORENO de Buenos-Aires et date de 1948.

Pour éviter le déséquilibre circulatoire ou pulmonaire après la réintégration du contenu herniaire, le pneumo-péritoine a été préconisé et utilisé par cet auteur. Le pneumo-péritoine nécessite une quinzaine de jours de préparation.

Pendant cinq (5) jours repos au lit.

Puis première injection test de 500 cm³ d'air stérile dans la cavité péritonéale à l'aide d'un appareil à pneumo-thorax, et contrôle de la tension artérielle, du pouls, et de l'état général.

Si la première injection est très bien tolérée, l'on procède par la suite à une injection de deux (2) litres d'air tous les deux jours, jusqu'à la disparition totale de la contracture des flancs.

Il faut procéder en moyenne à 7 ou 8 injections.

L'acte opératoire est ainsi considérablement simplifié, car il y a disparition du risque de déséquilibre circulatoire et pulmonaire lors de la réintégration, et la dissection du sac rempli d'air est également simplifié. Les adhérences et les cloisonnements secondaires sont aisément retrouvés. La suture de la brèche se fait obligatoirement sous tension.

Il s'agit, rappelons le, d'un acte qui ne trouve son indication que dans les très volumineuses éventrations classiquement inopérables.

II) - L'ANESTHESIE

Elle a toujours été dans notre pratique une anesthésie générale en circuit fermé potentialisé. Les procédés modernes d'anesthésie et de réanimation assurent une narcose aussi peu toxique que prolongée, permettant une résolution musculaire parfaite. Nous pensons que l'anesthésie locale utilisée de bout en bout n'est pas à conseiller même si elle paraît techniquement possible car l'insuffisance du relâchement musculaire gêne la mise en tension souhaitable du lambeau.

III) - LA TECHNIQUE CHIRURGICALE SELON J. SEROR ET COLL

1) - Incision des téguments : (fig. 1) Elle est sensiblement elliptique à grand axe vertical, médiane, elle circonscrit, bien entendu, la cicatrice cutanée. Plus précisément son trajet, est tangent latéralement à la projection cutanée de la brèche musculo aponévrotique tandis que les commissures supérieures et inférieures de l'incision en tranche de melon doivent dépasser largement les pôles supérieurs et inférieurs de la projection du collet de l'éventration.

2) - Préparation du lambeau autoplastique (fig. 2) il faut alors supprimer l'épiderme dans la zone cutanée destinée à constituer le greffon enfoui. Ce temps qui est laborieux si l'on utilise le rasoir, le bistouri, la râpe, devient très aisé et rapide si l'on se sert d'une meule à

grande vitesse de rotation. Il est alors facile d'être minutieux et d'éliminer le risque d'inclusion épidermique car les conditions sont favorables : le lambeau est stable, bien présenté par le dôme de l'éventration et étalé par quelques pinces de tractions.

3) - Dissection du sac d'éventration :

(fig. 2) Sans difficulté on libère successivement les parois périphériques du sac en se gardant de décoller le tégument central recouvrant le pôle superficiel du sac. Autour du collet on met à nu les bords de brèche musculaire sur 2 à 3 cm.

4) - Taille du lambeau autoplastique et résection du tégument excédentaire :

On réseque maintenant toute la partie qui ne sera pas utilisée en lambeau enfoui : c'est un ajustement des dimensions trop vastes de la zone cutanée délimitée par l'incision à celles de la perte de substance musculo-aponévrotique ; il faut tenir compte du fait que le lambeau doit être monté sous légère tension et que par conséquent ses dimensions doivent être légèrement inférieures à celles de l'orifice à aveugler.

5) - Réparation de la brèche musculo-aponévrotique :

(fig. 3) Il faut alors suturer sous une certaine tension (en peau de tambour) le lambeau préparé au versant antérieur des berges de l'orifice d'éventration. Nous utilisons des points en "U" rapprochés de 10 à 15 mm les uns des autres au fil non résorbable (crinofil n° 3 ou plastofil n° 2) serti sur aiguille courbe. Cette fixation réduit progressivement et maintient pour finir le sac et son contenu.

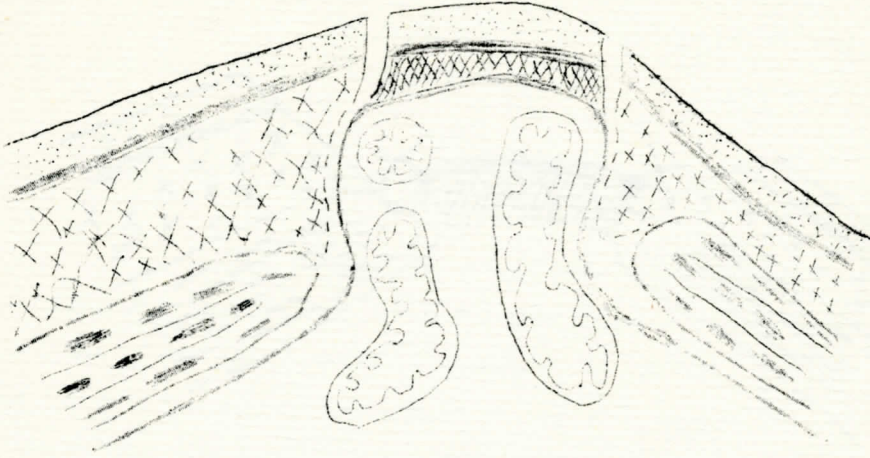


Fig. 1 - Incision

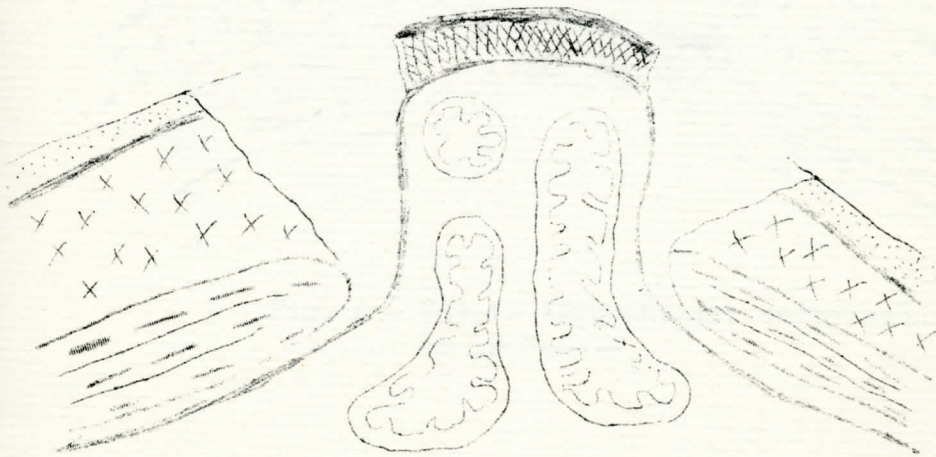


Fig. 2 - Suppression de l'épiderme du
lambeau autoplastique .
Dissection du sac.-

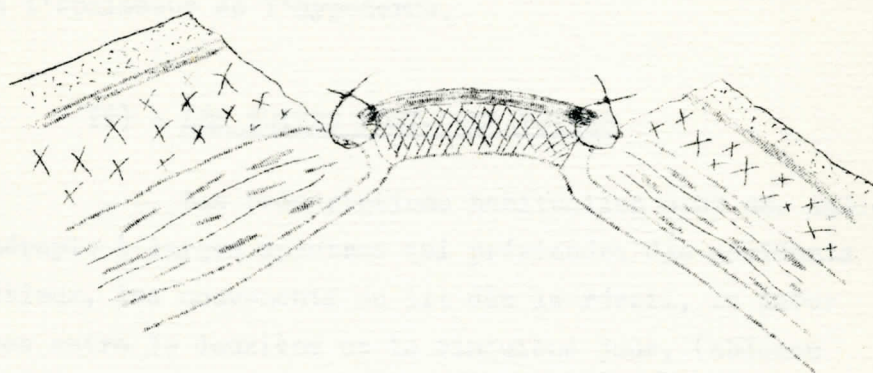


Fig. 3 - Mise en place du lambeau sous tension.-

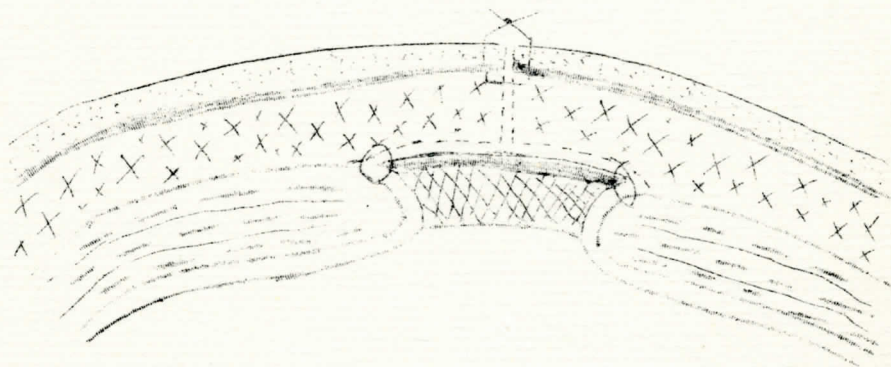


Fig. 4 - Suture tégumentaire enfouissant le lambeau.-

6) - Suture des téguments et enfouissement du lambeau (fig. 4) En un ou deux plans selon l'épaisseur de l'hypoderme.

IV) - LES SUITES POST-OPERATOIRES

Les prescriptions habituelles sont une antibiothérapie à larges spectres qui préviendra des accidents infectieux, les mouvements au lit dès le réveil, le lever précoce entre le deuxième et le cinquième jour, (abdomen maintenu par une sangle), la lutte contre la distension abdominale et les complications broncho-pulmonaires tussigènes. Si un traitement anti-coagulant est nécessaire, il faudra le contrôler de très près afin d'éviter tout hématome nuisible.

II H A P I T R E V I I I

II I N D I C A T I O N S E T III R E S U L T A T S

INDICATIONS ET RESULTATS

I) - LES INDICATIONS

L'événtration post-opératoire ne connaît d'autre sanction thérapeutique que la cure chirurgicale. La technique d'autoplastie telle qu'elle est employée à la Clinique Chirurgicale de l'Université d'ALGER connaît ses indications et ses limites.

Une étude du terrain, des tares (obésité, diabète grave, troubles cardiovasculaires, troubles de la crase sanguine) - l'existence d'adhérences des anses grèles au sac d'événtration, l'indication d'une intervention chirurgicale sur les organes abdominaux, ou simplement la nécessité d'une exploration de l'abdomen, sont autant de contre-indications de cette méthode car l'arrêt de vascularisation du lambeau d'autoplastie sur l'un de ses bords ou en totalité est un risque hautement redoutable de sa nécrose.

Lorsque toutes les contre-indications sont écartées et que l'état de la peau de la cicatrice de laparotomie le permet - (peau de bonne qualité, non frippée) cette méthode est indiquée dans les moyennes et les grosses événtrations.

1) - Les petites événtrations : Seules les petites événtrations d'apparition récente, à collet très petit, reprises précocément sont justiciables d'un traitement par suture simple (observ. 8 et 10). La petite événtration

constituée nécessite des conditions particulières (tissus de voisinage sains et de bonne qualité) qui pour l'autoplastie ne sont plus nécessaires. La récurrence fréquente par les autres méthodes nous fait utiliser de préférence la peau à tout autre matériel.

2) - Les moyennes et les grosses éventrations

Le volume de l'éventration ne pose pas de problèmes. Du point de vue technique le feuillet aponévrotique est mince dans ces cas là, la musculature le plus souvent atrophiée font, que les autres procédés, sont le plus souvent entachés de récurrences (observ. n° 5 et 68).

La réunion des berges externes par un lambeau de peau nous semble tout indiqué dans ces types d'éventrations. Ses qualités mécaniques sont excellentes et nos résultats très bons.

Il faut savoir d'emblée se décider pour l'autoplastie.

3) - Les volumineuses éventrations : Le prélèvement du lambeau autoplastique aux fins de prothèse laisse subsister une trop grosse perte cutanée abdominale ne permettant pas la fermeture cutanée aisée. La technique est alors laissée au profit d'une prothèse, (peau totale, peau conservée au cialit, plaque de nylon, plaque d'acier).

II) - LES RESULTATS

Les résultats de cette méthode, bien que treize (13) de nos observations sur cent quarante (140) malades, en aient bénéficié, semblent encourageants.

La durée d'hospitalisation est en moyenne de trois (3) semaines. Nos malades sont systématiquement convoqués et soumis à des contrôles répétés.

Nous avons à déplorer un (1) décès chez un homme de 72 ans, trois jours après l'intervention des suites d'un coma urémique, malgré tous les efforts de réanimation entrepris.

Ce décès est plus imputable à l'intervention qu'à la méthode elle-même. Deux (2) cas peuvent être considérés comme des échecs imputables directement à la méthode et résultant tous deux d'une suppuration :

- Premier cas : Récidive par lâchage du plan superficiel dû à une suppuration intéressant le plan cutané uniquement, dans les suites immédiates post-opératoires. Reprise trois(3) semaines plus tard, par nettoyage au dakin, et passage de quatre (4) fils de crin, par points en U et le classique drain de Redon ont transformé cet échec en un succès (Observ. N° 16).

- Deuxième cas : Une suppuration pariétale à entraîné un lâchage des points de sutures amarrant le lambeau à l'aponévrose. La récidive n'est que trop évidente. L'échec est total (Observ. n° 73).

Parmi les dix (10) cas restants récemment contrôlés, avec un recul de deux (2) à six (6) ans les résultats sont excellents, sans récurrences, ni complications aucunes afférentes à ce type d'intervention.

CONCLUSIONS

Ce travail a eu pour but et principal objectif de montrer, que les éventrations post-opératoires ne sont pas une complication fréquente des laparotomies (nos statistiques rejoignent celles des autres auteurs) que le choix du procédé de fermeture représente le temps le plus important de l'acte opératoire.

Y-a-t-il un terrain spécial pour la survenue de l'éventration ? Ni l'âge, ni la présence d'un mauvais état général ou d'une tare ne nous semblent des raisons suffisantes.

Nous tenons à rappeler que le meilleur traitement des éventrations demeure leurs préventions et le principal effort de prophylaxie repose sur les précautions mécaniques, sur la lutte contre la contamination, sur la limitation des sollicitudes post-opératoires.

L'incision de l'aponévrose au bistouri électrique lors de la laparotomie, l'électrocoagulation de trop gros moignons, la suture de berges incomplètement appropriées, de mauvaises qualités plastiques, soumises à une traction excessive par tension musculaire ou des suites opératoires troublées (hématome, suppuration), empêchent la cicatrisation par première intention et favorisent l'apparition de l'éventration.

La réfection minutieuse de la paroi, plan par plan, doit être réalisée par l'opérateur lui-même, ayant préalablement changé de gants et d'instrument après le temps viscéral, et à fortiori si ce temps a été septique ou s'il y a eu effraction de la muqueuse digestive. Cette réfection pariétale notamment dans son temps aponévrotique, doit se faire au fil de nylon, en évitant les points en X et les points trop

serrés qui étranglent muscle et aponévrose, enfin l'abstention de drainage par la voie de laparotomie.

Ces précautions pourront réduire de façon non négligeable la fréquence de cette complication post-opératoire.

Quant au traitement des éventration constituées nous tenons à préciser que dans notre étude, nous n'avons d'informations que sur soixante trois (63) malades malgré nos efforts répétés pour entrer en contact avec eux, et que la plupart de nos éventrations ne sont pas toutes volumineuses et importantes. La majorité d'entre-elles, justiciables de la suture simple ou de la méthode en paletot, a donné lieu à des récidives ce qui nous pousse à préconiser le recours plus large aux prothèses, même dans les éventrations de petites dimensions.

Enfin, les résultats obtenus par l'utilisation de la peau sont bons, et le discrédit jeté contre cette méthode, bien qu'il existe, nous semble exagéré.

La peau a des avantages certains :

- Ce procédé est applicable à toutes les localisations d'éventrations de la paroi.

- C'est une méthode physiologique, il n'y a pas de risques d'intolérance ; c'est un tissu vivant ne s'éliminant pas et se transformant en un tissu fibreux, solide, de bonne qualité.

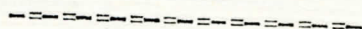
- C'est une technique peu coûteuse.
Des inconvénients existent, mais peuvent être évités.
- Formation kystique.
- Risques septiques.

En matière de traitement chirurgical des éven-
trations post-opératoires, une place plus importante doit
être réservée aux prothèses, qu'elles soient autogreffes ou
hétérogreffes, et leur application largement étendue aux
grosses, moyennes et petites éventrations.





I B L I O G R A P H I E



1. ABEL A.L. et CLAIN A. : Traitement chirurgical des grosses hernies ventrales incisionnelles au moyen de fil d'acier inoxydable - Brit. J. Surg. Juillet 1960, 48, 207, 42 - 49.
2. ACQUAVIVA D.E. : Eventration Post-opératoire, ses causes, sa prophylaxie, son traitement - Thèse Montpellier 1921.
3. ACQUAVIVA D.E. et BOURRET P. : Cure des éventrations par plaque de nylon - Presse med. 18 Décembre 1948, 56, 73, p. 892.
4. AGUIRRE C - HALZBI M. et GOLDIN J. : Traitement des éventrations sus et sous ombilicales par suture continue à la soie et incisions aponévrotiques latérales P. M. Argent. Juil. 1961, 48, 1030, 2125-2127.
5. AKHUNBAEV I.K. - UTESHEV V.I. : Chirurgi U.R.S.S. (1970), 46, 1012, 69 - 73.
6. ALBANESE A. : Eventrations xipho-ombilicales géantes - Sem - Med - 25 Mai 1961, 68, n° 1385, p. 1285 - 1290 et 1294.
7. ANAGNOSTIDES N. et KOSTO POULOS G. : Le pneumopéritoine dans les hernies volumineuses - Lyon Chirurg. Janv. 1962, 58, n° 1, 40 - 45.
8. ARTAUD L. : Les greffes de derme dans le traitement des éventrations Marseille Chir. Mars - Avril 1952.
9. AUSTIN R.C. et DAMSTRAN : Réparation des grosses éventrations par le fascia-lata - Am. J. Surg. Octobre 1951, 82, n° 4, p. 466 - 473.
10. BALDWIN : La rupture des plaies opératoires abdominales - The American Journal Of Surgery - Vol. 25 n° 1 Juillet 1934.
11. BENZADON : La réparation des hernies et éventrations en utilisant la greffe de peau totale - Bol. Soc. Cir. Rosario 1950, 17, n° 3.
12. BLONDIN S. et LATAIX P. : Traitement chirurgical de certaines hernies ombilicales et certaines éventrations récidivées, par la pose d'un filet souple à maille d'argent - J. Cir. 1940, 59, 401 - 416.
13. BOERIMIA : Surgery U.S.A. (1971) 69, n° 1 - 111 - 16.

14. BONNAL : A propos de la cure d'une volumineuse éventration par crinoplaque -
Presse méd. 3 Juin 1950, 58, n° 35, p. 621.
15. BOTTA A.J. et VIAGGIO J.A. : Traitement des éventrations post-opératoires chroniques -
Prensa med. Argent. 16 Octobre 1955, vol. 42, n° 50.
16. BOURGEON R. et PANTIN J.R. : Traitement des larges éventrations par plaque de nylon intra-péritonéale -
Presse med. 21 Avril 1956, 64, n° 32, 752.
17. BRETTE : Hernies inguinales droites après appendicectomie -
Mem. Ac. Chir. 1941, 67, 826.
18. BUENO R. et OGLIETTI J.M. : Eventration post-opératoire aigue déhiscence de la paroi -
Prensa med. Argent. 6 Mai 1960, 47, n° 19, 1169 - 1173.
19. BRUTON C.C. : Greffes fascia lata de peau et de tantale pour réparer les grosses éventrations post-opératoires -
Surg. Gyn. Obst. Novembre 1959, 109, n° 5, 621 - 628.
20. BUYANOV V.M. et BELIKOV S.I. : Le résultat des hernies post-opératoires à l'aide d'un matériel de prothèse -
Khiroughia (Moscou) 1963, n° 3, 52, 59.
21. CANNADAY J.E. : L'emploi de greffe cutanée dans la cure des éventrations post-opératoires -
Ann. Of Surg. Vol. 115, n° 2, 1942, p. 774 - 781.
22. CERESETO R.L. : La plastie dans l'éventration médiane sous-ombilicale -
Prensa med. Argent. 21 Février 1958, 45, n° 8, 789 - 790.
23. CHAMPEAU - SEYLAN : A propos du traitement des éventrations -
Rev. de Chir. 10 Septembre 1950, 69, n° 9-10, p. 299-307.
24. CHODOFF J.R. : The use of full thickness skin graft in the repair of large hernies -
Ann. Surg. 1949, 129, 119.
25. CIESIELSKI L. : Eventration après intervention abdominale -
Polski - Tygod. Lek. 1963, 18, n° 7, 244 - 247.
26. COBRA C. : Les avantages de la toile de tantale pour la réparation des éventrations et des grandes hernies -
Rev. Brasil Cir. Juillet 1956, 32, n° 1, 39 - 43.

27. COKKINIS A.J. et BROMWICH A.F. : Réparation à l'aide de tantale d'une très grosse hernie incisionnelle -
Brit. J. Surg. Mai 1954, 41, n° 170, 623 - 624.
28. COMITI J. : L'utilisation des greffes de derme dans la cure des éventrations -
Acta. Chirurg. Belg. Mai 1958, 57, n° 5, 383 - 390.
29. CROSBIE J.C. : Eventrations lombo-iliaque post-opératoire plastique avec greffe de peau -
Prensa med. Arg. 26 Juin 1959, 46, n° 26, 1669 - 1672.
30. DANTLO R. : Transplantation de derme pour la cure des éventrations -
Presse médicale T. 54, n° 50, 19 Octobre 1946.
31. DELANNOY E. - MARTINOT M. - SCOTS G. : Traitement des éventrations par laçage de peau -
Lille Chir. Novembre-Décembre 1957 - 12, n° 6, 250-254.
32. DE SMET : Résultats éloignés de la hernioplastie avec greffe de peau et de tantalum.-
Lyon Chir. T. 53, Novembre 1957, n° 6, p. 933 - 934.
33. DJUVARA - CONDEESCU : L'autotransplant de peau désépidermée dans la cure des hernies récidivées -
Lyon Chir. T. 63, Mai 1967, n° 3, p. 363 - 366.
34. DUBINSKIJ M.B. : Vest. Khir. U.R.S.S. (1970) 105, n° 10, 47-8.
35. DUMONT A. : Utilisation de la greffe de peau totale dans la cure des hernies et des éventrations -
Acta. Chir. Belgica - Vol. 48, n° 7 Octobre 1949, p. 456 - 463.
36. FALLIS L.S. : traitement de la rupture post-opératoire des plaies -
Surgery Vol. 9, n° 2, Février 1941.
37. FERNANDEZ J.C. : Traitement des grandes éventrations et hernies par lambeaux cutanés -
Sem. Med. 11 Aout 1960, 67, n° 3504, 570 - 509 (Bibliog.).
38. FERRAND J. et PELISSIER : Une technique de cure des hernies inguinales -
Presse. Med. 1er Janvier 1955, 63, n° 1, 6.
39. FIOLLE et JAUR. : Eventration crurale opérée par voie crurale -
Discussion -
Bull. et Mem. Soc. de Chir. de Marseille T. 3 n° 1 Janvier 1939.
40. FOGH - ENDBERSEN P. : Réparation des très grosses éventrations -
Acta. Chir. Scand. Novembre 1963, 125, n° 5 - 466 - 473.

41. FRANK P. - PFISTER G. : Nouvelle technique d'utilisation des plaques de nylon dans le traitement chirurgical des hernies de l'aine - Presse. med. Fr. (1970) - 78 n° 53, 2387 - 8.
42. FRUCHAUD H. : Anatomie chirurgicale des hernies de l'aine - Doin. Edit. Paris 1956.
43. GALTIER M. : Greffes libres de peau totale - Mem. Ac. Chir. T. 53 n° 22, 1137.
44. GASTON E.A. : Traitement des hernies inguinales par sutures aponévrotiques vivantes - Arch. Surg. Septembre 1962, 85 n° 3, 418 - 424.
45. GAUTHIER P. : Les lanières de peau en chirurgie - Thèse Montpellier 1951.
46. GILLET M. GILLET J.Y. ADLOFF M. : Les éventrations post-opératoires considérations à propos de 113 observations - Lyon Chir. 1968, 64, 2, p. 198 - 206.
47. GIRAUD, VICTORI, TOUCHER : Emploi de la plaque de nylon dans le traitement des éventrations et hernies inguinales - Bordeaux Chir. 1951, n° 1, p. 22-27.
48. GOINARD P. - FERRAND J. et PEGULLO J. : L'utilisation de la peau totale comme matériel autoplastique dans la cure de certaines hernies et éventrations - Alg. Med. Mars - Avril 1957, 15, n° 2, 147 - 149.
49. GONI-MORENO I. : Eventrations chroniques et grosses hernies - Surg. Vol. 22, n° 6, Décembre 1947.
50. GONI-MORENO I. : Le pneumopéritoine dans les préparations pré-opératoire des grandes éventrations - Mem. Acad. 74, n° 19-20 Juin 1948.
51. GOSSET J. : L'usage des bandes de peau totale comme matériel de suture autoplastiques en chirurgie - Mem. Acad. Chir. Mars 1949 T. 75 n° 9-10, p. 277 - 279.
52. GOSSET J. : Autoplastie aponévrotique dans le traitement chirurgical des hernies inguino-crurales - Presse med. 10 Octobre 1939.
53. GOSSET J. : L'usage des bandes de peau totale comme matériel de suture autoplastiques en chirurgie - Sem. des hôpitaux 1949, 25, n° 53, p. 2282.
54. GRAY D.B. et Coll. : The fate of buried full thickness skin - An. Experimental study - Ann. Of. Surg. Aout 1951, Vol. 154, n° 2, p. 205-209.

55. GRIEGERICH L. : Unsere Erfahrungen mit der freien kutiplastik nach TEHN zum verschliss grosser bauchwandbruke (Zbl. Für Chirurg. 1951, 76A, T. 13 p. 881.).
56. HARKINS H.N. : Les greffes cutanées - Etude expérimentale et clinique sur leur emploi pour renforcer les réparations des pertes de substance dans les larges éventrations post-opératoires - Ann. Surg. Décembre 1945, 122, p. 996 - 1015.
57. HEINTZE W. : A propos de la fermeture dans les très grandes éventrations cicatricielles médianes - Zbl. Chir. 18 Février 1961, 86, n° 7, 708 - 710.
58. HEPP. J. et VILAIN R. : Pathogénie. Prophylaxie et traitement de l'éventration - Men. Acad. Chir. 31 Mars 1966, n° 10, 11, 12, 374 - 382, 91.
59. HERNANDEZ LOPEZ E. : Traitement chirurgical des éventrations - Actuel med. Juin 1951.
60. HOHMAN H.G. et HERNANDEZ RICHTER J. : A propos de la naissance de l'éventration - Münch. med. Wschr, 28 Juillet 1961, 103, n° 30, 1424 - 1430.
61. HOME A. : Traitement des grosses hernies par les greffes de peau entière - Acta. Chir. Scand. 30 Novembre 1952, 104, n° 2 - 3, 171 - 176.
62. HOUDARD C. : A propos de récurrences de hernies inguinales - J. Chir. 1922, 20 - 584.
63. HOUDARD C. - BERTHELOT G. : Traitement chirurgical des hernies inguinales de l'adulte - J. Chir. 1966, 92, 6, 627 - 638.
64. HOUDARD C. - BERTHELOT G. et CARLES J.F. : Réflexions à propos de 46 récurrences de hernies inguinales - Ann. Chir. 1971, 25, n° 23-24, 1235 - 1240.
65. HOWES E.L. : La totalité des plaies suturées avec du catgut et la soie - Surg. Gyn. Obst. 1933, 57, 309-317.
66. HUSSENSTEIN J. : Hernioplasties des hernies inguinales - A propos de 125 cas de greffes de peau totale - Sen. Hop Paris 18 Avril 1951, 27, n° 29, 1245 - 1255.
67. IVANISSEVITCH : Greffe libre de peau totale - Boletines y trabajos de la sociedad de cirugia de Buenos - Aires T. 20 n° 16, 22 Juillet 1936.

68. JUSBAZIC D. (Zagreb) : Utilisation des plasties dermiques notamment dans le traitement des pertes de substance de la paroi abdominale et dans la chirurgie générale -
Lyon chir. Septembre 1966, T. 62, n° 5, p. 641-657.
69. JUNG. F. : Traitement des éventrations et hernies par plaques de nylon -
Schweiz - med. WSCHIR 18 Mai 1956, 568 - 569.
70. KERH. : Une opération pour l'éventration post-opératoire -
Brit. J. Surg. Mai 1963, 50, n° 224, p. 605 - 607.
71. KOONTZ A.R. : Fascia conservé dans la cure des grosses éventrations post-opératoires -
Archives Of Surg. Vol. 26, n° 3, Mars 1933.
72. KOONTZ A.R. et KIMBERLY R.C. : Nouvelle étude expérimentale des prothèses dans la réparation des hernies -
Surg. Gyn. Obst. Septembre 1959, 109, n° 3, 321 - 327.
73. LABURTHE - TOLBA et CHOME : La greffe libre de peau totale fraîche retournée -
J. de Chir. Paris Novembre 1970 - 100, n° 5, 399 - 410.
74. LAGROT F. : Traitement des éventrations -
Encyclopédie Médico-Chirurgicale Techn. Chir. 40, 165.
75. LAMY M.J. : A propos du traitement des éventrations par crinoplaques
Soc. de Chir. de Marseille 31 Mai 1948.
76. LAWRIE P. et ANGUS G.E. : La résorption du catgut chirurgical -
Brit. J. Surg. 1960, 47, 205, 551.
77. LEVY A.H. - WREN R.S. - FRIEDMAN M.N. : Complications et récurrences après cure chirurgicale des hernies inguinales -
Ann. Of. Surg. 1954 - 133, n° 4, 533 - 539.
78. LOWELL : Hernies inguinales récurrences -
Brit. Med. J. 1946, 330.
79. LOYGUE et Coll. : Conséquences générales des laparotomies -
Rev. du Prat. Mars 1964, T. 14, n° 7, p. 719 - 720.
80. MAC - MAHON R.A. : Le traitement de l'éventration -
Brit. J. Surg. Septembre 1964, 51, n° 9, 712 - 713.
81. MAIR B.G. : The surgery of abdominal hernia -
London 1948.

82. MAIR G. : Analyse d'une série de 434 hernies inguinales ; morbidité et récurrence après la méthode de la greffe cutanée totale - Brit. J. Of. Surgéry Vol.34, n° 133 Juillet 1946.
83. MARDSEN C.M. : Whole skin graft in the repair of inguinal hernia - Brit. J. Surg. 1948, 35, 590.
84. MASS J. : Contribution au traitement des éventrations et des hernies récidivantes de la paroi abdominale avec autogreffe dermique -- Cir. Y. Cir. Mexico - Juin 1954, 22, 6.
85. MENNEGAUX G. : Les greffes de derme en chirurgie réparatrice - Presse med. Juillet 1948, 56, n° 39, p. 472 - 474.
86. MICHAUX A.J. : L'utilisation de la plaque de nylon dans la cure des éventrations dites inopérables - Acta. Chirurg. Belg. Novembre 1949, 48, n° 8, p. 564-573.
87. MOLODENKOV M.N. : Traitement chirurgical des éventrations - Khirurgia (Moscou) 1961, n° 6, p. 88 - 92.
88. MORAN M.R. et COLL. : Double layer of transversalis fascia for repair of inguinal hernia - Surg. 1968, 63, n° 3, p. 424 - 429.
89. MOREL D et Coll. : Utilisation de la peau humaine conservée au cialit en chirurgie plastique - Ann. Chir. Plast. 1973, 18, n° 2, 101 - 117.
90. NELSON C.A. et DENNIS C. : La cicatrisation des plaies - facteurs techniques intervenant pour augmenter la solidité des plaies de la paroi abdominale suturée, chez le lapin - Surg. Gyn. Obst. 1951, 93, n° 4, 461 - 467.
91. PATEL J. : La cure des éventrations volumineuses sus-ombilicales médianes - Lyon Chirurg. Janvier - Février 1944, 39, n° 1, p. 79 - 80.
92. PEER L.M. - PADDOCK R. : Histologie studies of the fate of deeply implanted dermal grafts - Arch. Surg. 1937, 34, 268.
93. PIRE J.C. : Les complications respiratoires des grandes éventrations.- Thèse Paris 1968.
94. FONCE L.C. - MORGAN M.W. : Repair of large incisional hernias - International surg. U.S.A. (1971) 56, n° 4, 220, 223.
95. POSTLEHWAIT R.W. : Causes of recurrence after inguinal herniorrhaphy - Surgery U.S.A. (1971), 69, n° 5, 772 - 775.

96. POUMLES J. RIEU J.P. - BECHE J. : Plastie cutanée de suspension utérine et de soutienement vesical.-
J. Chirg. Paris Mai - Juin 1971, 101, n° 5, 6, 563 - 570.
97. REITAMO J. - MOLLER C. : Abdominal wound dehiscence -
Acta. Chirurg. Scand. Suède 1972, 138, n° 2, 170 - 175.
98. RIVES - STOPPA - FORTESA - NICAISE : Les pièces de dacron et leur place dans la chirurgie des hernies de l'aine -
Ann. Chir. 1968, 22, 158 - 171.
99. ROUSSELIN : Les greffes de peau dans la cure chirurgicale des éventrations -
Lyon chirurg. Septembre - Octobre 1943, 38, n° 5 , p. 486 - 488.
100. ROVIRALTA E. : Prévention de la déhiscence et de l'éviscération après laparotomie -
J. Internal. Coll. Surg. Octobre 1962, 38, n° 4, 305, 307.
101. SARRIS : L'emploi de greffe cutanée libre dans le traitement chirurgical des hernies -
Ann. Chirurg. Octobre 1965, 19, n° 21 - 22, 1365 - 1368.
102. SCHLESINGER : L'opération des grosses éventrations cicatricielles -
Zentralblatt Für Chirurgie année 1959, n° 19, 7 mai 1932.
103. SCOLA : La greffe de derme dans la réparation des éventrations -
Ann. J. Of. Surg. Vol. 66, n° 2, 1944.
104. SECAIL J. : Deux cas de cure d'éventration par greffe dermique -
Soc. de Chirurgie de Toulouse - Toulouse médical An. 49, n°8, Aout 1948.
105. SEROR J. STOPPA R. DJILLALI G. - ISSAD. H. : Cure autoplastique des éventrations par lambeau cutané inclus -
Presse Med. 20 Février 1965, 73, n° 9, 489-490.
106. SEROR J. - STOPPA R. : Procédé de cure à minima de certaines éven-
trations post-opératoires -
Mem. Acad. Chirurg. 1966, 92, 540 - 544.
107. SIEVERT C. et SCHONERMARK J. : L'importance gynécologique des éventrations -
Zbl-Gyn. 17 Octobre 1959, n° 42, 1661-1670.
108. SMITH R.S. : Emplois variés de greffes cutanées libres -
(WEST - J - Surg. Obst. ind Gynec. Mars 1955, 63, n° 17)

109. SMITH R.S. : The use of prosthetic materials in the repair of hernias -
Surg. Clin. N. Amer. U.S.A. (1971) 51, n° 6, 1387 - 1399.
110. SEKOLOV : Rupture de la plaie abdominale après laparotomie, avec éventration et éviscération -
Ergebnisse des chirurgies und orthopädie (Berlin) Vol. 25, 1932.
111. STOPPA R. : Un procédé personnel de plastie à la peau dans la cure de certaines grosses éventrations -
Afrique franç. Chirurg. 1er Trimestre 1961, 19, n° 1, 63 - 67.
112. SUIRE P. : Laçage de peau totale pour les hernies inguinales volumineuses ou récidives et les éventrations post-opératoires -
Mem. Aca. Chirurg. An. 1966, T. 92, p. 844 - 849.
113. SWANKER W.A. : Réfection des pertes aponévrotiques par des greffes de peau totale -
Am. J. Of. Surg. Vol. 75, n° 5, mai 1948.
114. SWENSON S. : Cutis graft - Arch. Surg. 1950, 61, 881.
115. SWENSON et HARKINS : Cutis grafts - Application of the dermatome flap method. Its use in a cas of recurent incisional hernia -
Arch. Surg. Décembre 1943, 47, 64, 570.
116. THEODORESCO : La peau, matériel de suture dans les grandes éventrations -
Chirurgie 1970, 97, p. 147 - 149.
117. THOMERET G. DUMOST C. : Melle PILLOT : Utilisation de la toile d'acier inoxydable dans la cure des éventrations et des hernies
Mem. Acad. Chirurg. 1960, 86, 500.
118. UHLLEIM A. : Use of the cutis graft in plastic opérations -
Arch. Surg. 1939, 38, 118 - 130.
119. USHER F.C. : Une nouvelle technique de réparation des grandes éventrations -
Arch. Surg. Juin 1961, 82, n° 6, 870 - 877.
120. VASQUEZ N.J. : Les greffes de peau totale dans la réparation des hernies et des éventrations -
Prensa Med. Argent. 27 Juin 1952, 39, 26.
121. VILAIN R. : Traitement chirurgical des éventrations -
Ann. Chir. 1970, 97, n° 2, 147 - 149.

122. VILAIN R. : A propos de la chirurgie réparatrice de la paroi abdominale -
B.M. Soc. Chirurg. Paris 20 Novembre - 4 Décembre 1964, 54, n° 7 -
290 - 294.
123. VILAIN R. et SOYER R. : Traitement chirurgical des éventrations -
Ann. Chirurg. Mars 1964, 18, n° 5 - 6, p. 277 - 288.
124. VILAIN et Coll. : Etude critique des complications des laparotomies -
Ann. Chirurg. 1967, 21, n° 5, 6, p. 262 - 289.
125. WALTON F.E. : Prévention et traitement de la déhiscence des plaies -
Arch. Surg. Vol. 57, n° 2 , Aout 1948.
126. WERNICKE GR et URDANGARAY E. : Les éventrations après laparotomies médianes -
Prensa med. Arg. 27 mars 1959, 46, n° 13, 815 - 816.
127. YOUNG D. : La cure de l'éventration épigastrique -
Brit. J. Surg. Mars 1961, 48, n° 211, 514 - 516.
128. ZAGDOUN J. et SORDINAS A. : Utilisation des plaques de nylon dans la chirurgie des hernies inguinales -
Men. Aca. Chir. 18 et 25 Novembre 1959, n° 28 - 29, 747 - 754.
129. ZAGDOUN et Coll. : Traitement des hernies inguinales récidives -
Rev. du Prat. Février 1969, T. 19, n° 5, p. 603.
130. ZAVALETTA D.E. : L'insertion de peau totale dans le traitement des grandes éventrations -
Prensa med. Arg. Vol. 35, n° 30, 23 Juillet 1948.
131. ZAVELETTA D.E. et URIBURU J.V. : La conduite du traitement des éventrations -
Prensa med. Arg. 31 Avril 1951, Vol. 38, n° 35.
132. ZIMMERMANN L.M. : The use of prosthetic material in the repair of hernias -
Surg. Clin. N. Am. 1968, 48, 143 - 154.
133. ZIMMERMANN L.M. : Recurrent inguinal hernia -
Surg. Clin. N. Am. U.S.A. 1971, 51, n° 6, 1317 - 1324.

TABLE DES MATIERES

	Pages :
- INTRODUCTION	12
- HISTORIQUE	14
- CHAPITRE II	18
- Définition	
- Classification	
- Evolution normale d'une plaie	
- Etude physique	
- CHAPITRE III	26
- Facteurs de récives	
- Préventions des accidents pariétaux	
- CHAPITRE IV	34
- Anatomie Pathologique	
- Clinique	
- Considérations étiologiques	
- CHAPITRE V	45
- Nos observations	
CHAPITRE VI	65
- Le traitement chirurgical par les différentes méthodes	
- Résultats et critiques	

- CHAPITRE VII 73

- Le traitement au moyen de lambeau cutané inclus
- La technique opératoire

- INDICATIONS ET RESULTATS 86

- CONCLUSIONS 91

- BIBLIOGRAPHIE :



30 نوفمبر 1985