



ISSN NO. 2320-5407

Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/2718
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/2718>



INTERNATIONAL JOURNAL OF
ADVANCED RESEARCH (IJAR)
ISSN 2320-5407
Journal Homepage: <http://www.journalijar.com>
Journal DOI: 10.21474/IJAR01

RESEARCH ARTICLE

HERNIE INCISIONELLE POST-CŒLIOSCOPIQUE ETRANGLEE : A PROPOS D'UN CAS.

H. Doulhousne, A. Mouhsine, R. Roukhsi, N. Hammoune, M. Mahfoudi, A. El fikri.

Service de radiologie, Hopital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 15 November 2016

Final Accepted: 17 December 2016

Published: January 2017

Key words:-

Incisionnal hernia, coelioscopy, diagnosis, prevention.

Abstract

The post-laparoscopic incisionnal hernias are uncommon complications whose incidence has increased with the development and widening of indications for laparoscopy. Their diagnosis must be evoked clinically in front of any atypical parietal signs or occlusive table, confirmed in imaging. Their management depends on the seat and the hernial content. The prevention consists in preventing the worsening of the parietal defect induced by the trocars or the early tensioning of the abdominal wall.

Copy Right, IJAR, 2016., All rights reserved.

Introduction:-

Le développement de la cœlioscopie et l'élargissement de ses indications, ces dernières années, ont fait largement diminuer le nombre des complications classiques de la laparotomie. Toutefois, les hernies incisionnelles post-cœlioscopiques (HIPC) ou sur orifice de trocart restent peu fréquentes. Nous rapportons le cas d'une observation illustrant cette affection tout en rappelant les éléments de leur diagnostic, les facteurs prédisposant et les moyens de leur prise en charge.

Observation:-

Il s'agit d'une patiente âgée de 24 ans qui était opérée, 06 jours auparavant, pour kyste ovarien droit par cœlioscopie et qui présentait un syndrome occlusif. Le bilan biologique montrait un discret syndrome inflammatoire peu spécifique. L'échographie objectivait un épanchement péritonéal de moyenne abondance. La TDM abdominale mettait en évidence l'hernie d'une anse grêlique à paroi légèrement épaissie et rehaussée après injection de PDC iodé à travers un défaut pariétal latéral gauche avec une distension des anses grêliques, des niveaux hydro-aériques de type grêliques et une ascite de moyenne abondance sans signes de d'ischémie intestinales (**figures 1 et 2**). Le diagnostic d'une occlusion grêlique sur hernie incisionnelle étranglée post-cœlioscopique était posé. L'exploration chirurgicale objectivait l'incarcération d'une anse grêlique dans l'orifice du trocart latéral gauche. L'anse était rose sans signes de souffrance ou de nécrose visibles. L'anse avait été réintroduite avec fermeture pariétale. Les suites opératoires étaient simples avec bonne évolution clinique.

Corresponding Author:- H. Doulhousne.

Address:- Service de radiologie, Hopital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc.

Iconographies :

Figure 1:- Hernie d'une anse grélique a paroi légèrement épaissie et rehaussée après injection de PDC à travers un défaut pariétal latéral gauche.

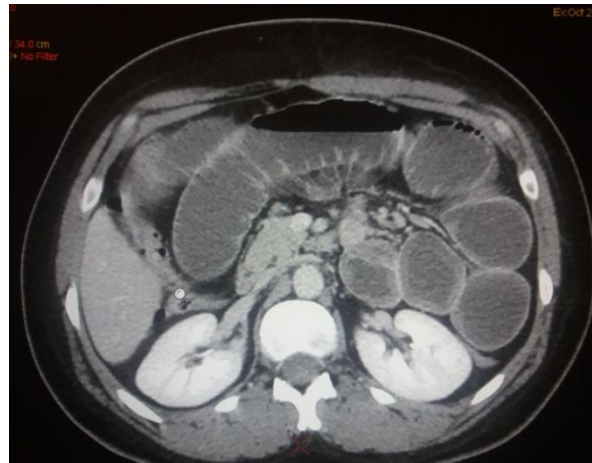


Figure 2:- Aspect TDM d'une distension des anses grêliques avec niveaux hydro-aériques.

Discussion:-

Les hernies post-coelioscopiques (HPIC) ou sur orifice de trocart sont des complications peu fréquentes avec une incidence approximative de à 1 % [1,2]. Leur survenue est directement liée au diamètre du trocart utilisé [3]. Elles se voient le plus souvent avec des trocarts de diamètre supérieur ou égal à 10 mm [2,4]. Les manipulations répétitives, les interventions prolongées, les manœuvres de repositionnement et les extractions des pièces opératoires par les orifices provoquent des lésions de diamètre supérieur à celui du trocart lui-même [2]. De même, l'utilisation de trocarts coniques entrainerait moins d'HPIC que les trocarts coupants du fait de leur effet délabrant moindre [6]. Les HPIC ombilicales représentent 31 % des cas publiés [6]. Ceci s'explique par La faiblesse de cette zone anatomique et son potentiel herniaire, majorés par la présence d'une hernie ombilicale préexistante à l'intervention chirurgicale. En dehors de l'ombilic et de la ligne blanche, le risque herniaire est moindre. Cependant, l'évolution de la coelioscopie et l'élargissement de ces indications ont poussé vers des procédures plus complexes et une utilisation de trocarts opératoires et donc des manipulations itératives et prolongées dans ces orifices induisant des lésions plus larges [6,7]. Ces HPIC sont dans la plupart des cas symptomatiques et se voient généralement dans les jours ou les semaines qui suivent l'acte chirurgical. C'est le cas chez notre patiente. Le tableau clinique peut correspondre à une douleur pariétale simple, une voussure ou carrément un syndrome occlusif. Ce dernier était le mode révélateur dans notre cas. Toutefois, certains cas peuvent être asymptomatiques, diagnostiqués lors d'un examen systématique. Le contenu intra-herniaire dépend de la position du trocart incriminé. L'intestin grêle est le plus souvent concerné. L'incarcération du grand épiploon vient en seconde position avec 23 % des cas, celle du colon est beaucoup plus rare. Le diagnostic des HPIC est souvent clinique. L'échographie, ou mieux le scanner, permet de confirmer le diagnostic en montrant l'issue du sac herniaire à travers le défaut pariétal incisionnel, d'étudier son contenu et de

chercher d'éventuels signes d'occlusion ou de souffrance imposant une prise en charge chirurgicale [6]. La TDM a permis de poser le diagnostic chez notre patiente, de faire le bilan lésionnel et d'orienter la conduite thérapeutique.

La plupart des cas publiés ont nécessité une réintervention chirurgicale [1,6]. La laparotomie reste la voie d'abord la plus utilisée. Toutefois, des voies cœlioscopiques ont été utilisées avec succès [6]. Certaines mesures de prévention ont été préconisées pour éviter la survenue de ces hernies. En préopératoire, la palpation de l'ombilic et la programmation d'une cure chirurgicale de toute hernie ombilicale sont systématiques [8]. En peropératoire, il est préférable d'utiliser des trocarts de petit diamètre, d'éviter les manœuvres itératives et de repositionnement ainsi que l'extraction des pièces opératoires par les orifices étroits. Il est aussi souhaitable de s'assurer de l'évacuation du pneumopéritoine, en fin de l'intervention, pour éviter l'expulsion du contenu abdominal avec le CO₂ lors de l'ablation des trocarts [2,3, 4]. La fermeture de la paroi semble être l'élément essentiel de cette prévention, elle est généralement admise pour les trocarts de diamètre supérieur ou égal à 10 mm [6,9, 10]. Elle consiste couramment en la fermeture de l'aponévrose par un ou deux points. Pour cela plusieurs techniques de fermetures ont été proposées mais aucune n'est approuvée. Il est également recommandé aux patients d'éviter tout effort de port ou de sport dans le mois qui suit l'intervention [11].

Conclusion:-

Les HIPC sont une complication dont l'incidence réelle est méconnue. Leur diagnostic doit être évoqué devant tous signes pariétaux inhabituels ou syndrome occlusif chez un patient ayant subi une intervention récente par cœlioscopie. Leur prévention repose sur des mesures évitant d'aggraver le défaut pariétal, induit par le trocart, ou de mettre en tension précoce une paroi cicatricielle.

Conflits d'intérêt:-

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits avec ce manuscrit.

Contributions des auteurs:-

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

References:-

1. Montz FJ, Holshneider CH, Numro MG. Incisionnal hernias following laparoscopy a survey of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. *Obstet Gynecol* 1994 ; 84: 881-4.
2. Boike G, Miller C, Spirtos N, Mercer L, Fowler J, Summit R, et al. Incisionnal bowel herniations after operative laparoscopy : a series of 19 cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1995 ; 172 : 1726-33.
3. Chang FH, Lee CL, Soog YK. Extra-umbilical incisional hernias after operative laparoscopy : prevention and management. *Int J Obstet Gynecol* 1994 ; 45 : 161-2.
4. Hogdall C, Roosen JU. Incarcerated hernia following laparoscopy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987 ; 66 : 735-6.
5. Leibl BJ, Schmedt CG, Schwarz J, Kraft K, Bittner R. Laparoscopic surgery complications associated with trocar type design : review of literature and own results. *J Laparoendosc ADV Surg Tech A* 1999 ; 9 : 135- 40.
6. Loriau J, Manaouil D, Verhaeghe P. coelioscopie : les éventrations sur orifices de trocarts. *Ann Chir* 2002 ; 127 : 252-6.
7. Lajer H, Widecrantz S, Heisterberg L. Hernias in trocar ports following abdominal laparoscopy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997 ; 76 : 389-93.
8. Azurin D, Go LS, Arroyo LR, Kirkland ML. Trocar site herniation following laparoscopic cholecystectomy and the significance of an incidental preexisting umbilical hernia. *Am Surg* 1995 ; 8 :718-20.
9. Kiilholma P, Makinien J. Incarcerated Richter's hernia after laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998 ; 28 : 75-7.
10. Sauer M, Jarret JC. Small bowel obstruction following diagnostic laparoscopy. *Fertil Steril* 1984 ; 42 : 653-4.
11. Plaus W. laparoscopic trocar site hernias. *J Laparoendosc Surg* 1993 ; 3 :567-70.