

Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

**UN peuple - Un But - Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

**MEMOIRE**

**Utilisation des prothèses dans les  
pathologies pariétales en Chirurgie « A »  
du Centre Hospitalier Universitaire du  
Point G**

Présenté et soutenu le 30/12/2022 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par

**Dr TRAORE Siaka**

**Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S)  
en chirurgie générale**

**Jury**

**Président : Pr TRAORE Alhassane**

**Membre : Pr TOGOLA Birama**

**Directeur : Pr KEITA Soumaila**

## Liste des abréviations

**ASA** : American Society of Anesthesiologist

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**Cm** : Centimètre

**DES** : Diplôme d'étude de spécialisation

**EPO** : Eventration postopératoire

**F** : Femme

**Fig** : Figure

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**H** : Homme

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HI** : Hernie inguinale

**HLB** : Hernie de la ligne blanche

**HO** : Hernie ombilicale

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**IPOMS** : Indice de Performance de l'Organisation Mondiale de la Santé

**Mn** : Minute

**p** : Probabilité

**TDM** : Tomodensitométrie

## Sommaire :

I. Introduction.....	3
II. Objectifs.....	6
III. Méthodologie.....	8
IV. Résultats.....	16
V. Commentaires et discussion.....	35
VI. Conclusion et recommandations.....	48
VII. Bibliographie.....	51
Annexes.....	58

# Introduction

## I. Introduction :

Une hernie est l'extériorisation d'un viscère à travers un orifice naturel de la paroi [1]. Une éventration abdominale est une protrusion viscérale sous cutanée au niveau d'une zone affaiblie mais non systématisée de la paroi antérieure ou latérale de l'abdomen, d'origine essentiellement postopératoire [2]. La plupart du temps, les hernies et les éventrations post-opératoires de la paroi abdominale sont des pathologies bénignes. Leur diagnostic essentiellement clinique, impose une sanction chirurgicale soit par simple raphie ou par la mise en place de prothèse pariétale ou implant.

La prothèse pariétale ou plaque ou filet ou encore « voile » est un dispositif implanté dans la paroi pour la renforcer [3].

Depuis l'arrivée sur le marché des matériaux prothétiques inertes, il y a une trentaine d'année, de nombreux chirurgiens ont choisi d'opérer les hernies et les éventrations en mettant en place un filet non résorbable tout en comptant sur l'importante fibrose qu'il induit pour renforcer la paroi. Cela a permis de réduire les récurrences [4]. En novembre 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) de France a réévalué le service rendu des implants de réfection de paroi pour préciser leurs indications en fonction de leurs caractéristiques techniques [5]. La HAS rapporte que la chirurgie sans renforcement pariétal présente un taux de récurrence élevé [6]. En effet, lors des hernies inguinales et crurales, les études ont montré une diminution des récurrences en faveur de la technique avec pose d'implant avec moins de 1,5 % de récurrence contre 13 % sans pose d'implant [6]. De même pour les éventrations, les hernies ombilicales et de la paroi abdominale antérolatérale, le taux de récurrence passe de 0 à 32 % contre 11 à 63 % sans pose d'implant [5,6].

De nos jours, plusieurs firmes proposent des prothèses de nature, de forme, de taille toutes différentes et répondant bien à l'attente des chirurgiens et de leurs patients.

C. Law-Ki en France en 2018 avait rapporté 67 cas de réfections pariétales complexes de la paroi abdominale par prothèse qu'il estimait onéreux [7].

Au Maroc, Barchah MO a colligé 70 cas d'éventrations postopératoires traités par utilisation de prothèse pariétale [8]. De son étude il en déduisait une diminution des complications, une réduction du séjour hospitalier et une reprise précoce des activités suivie de peu de récurrence soit 2,9%.

Au Mali Sacko O et col [9] ont colligé 83 cas de hernies inguinales traitées par prothèse pariétale sur une période de 10 ans avec des résultats satisfaisants.

Au Mali très peu d'études ont porté sur les implants de renforcement pariétal.

Le but de cette étude était d'évaluer les résultats de l'utilisation de la prothèse pariétale.

# Objectifs

## II. Objectifs :

### ➤ Général :

Evaluer l'utilisation de la prothèse pariétale dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

### ➤ Spécifiques :

- Décrire les aspects épidémiologique et clinique des patients ayant bénéficié de l'utilisation de prothèse pariétale.
- Déterminer les différentes indications de la cure par prothèse.
- Identifier les difficultés liées à l'utilisation de la prothèse pariétale.
- Analyser les résultats.



# Méthodologie

### **III. Méthodologie :**

#### **1. Type d'étude et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective allant du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2021 et prospective du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 30 juin 2022.

#### **2. Cadre d'étude :**

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G.

#### **3. Population d'étude :**

##### **➤ Echantillonnage :**

Pendant la période d'étude nous avons procédé à un recrutement exhaustif des dossiers de patients répondant aux critères d'inclusion. Durant cette période, nous avons colligé 112 dossiers médicaux de patients ayant bénéficié de pose de prothèse pariétale.

##### **➤ Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude tous les malades opérés pour hernies ou éventrations postopératoires dans le service, ayant accepté la mise en place d'une prothèse.

##### **➤ Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- les patients ayant subi une raphie simple
- les patients dont les dossiers médicaux n'étaient pas exploitables ou non retrouvés
- les patients dont le consentement n'a pas été obtenu

#### **4. Méthodes :**

##### **4.1 Supports des données :**

Les supports des données ont été :

- les dossiers médicaux,
- les registres d'hospitalisation,
- les registres des comptes rendus opératoires

- la fiche d'enquête préétablie.
- tous les patients ont été opérés en chirurgie programmée.

La collecte des données a été faite en deux phases. La première phase, rétrospective s'étendait de 2010 à 2021 et la phase prospective de janvier 2022 à juin 2022. En phase rétrospective, les mises à jour des dossiers lors des rendez-vous postopératoires nous ont permis d'apprécier l'évolution du traitement chez certains patients. Une minorité de patients avait été joint au téléphone.

En prospective, les patients ont été vus à 1 mois et à 3 mois postopératoires. Les patients ayant présenté une suppuration pariétale ont bénéficié d'un examen bactériologique du pus associé à un antibiogramme.

## **4.2. Protocole opératoire :**

### **a. La préparation du malade :**

#### **a.1. Anesthésie :**

L'utilisation de prothèse pariétale a été effectuée sous anesthésie générale pour les éventrations et sous anesthésie locorégionale ou locale pour les hernies inguinales. Un protocole anesthésique et un appareil d'anesthésie étaient donc nécessaires. La consultation d'anesthésie préopératoire a été réalisée chez les patients après un bilan préopératoire. Elle a permis d'établir un protocole d'anesthésie selon la classe ASA du patient.

La classification A.S.A. est faite comme suit [4] :

- ASA I : Patient normal ;
- ASA II : Patient avec anomalie systémique modérée.
- ASA III : Patient avec anomalie systémique sévère.
- ASA IV : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante.
- ASA V : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention.
- ASA VI : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les

Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G

organes pour greffe.

## **a.2. Information du malade :**

Cette information est importante car elle permet d'avoir un consentement libre et éclairé de chaque patient. Le chirurgien se doit de donner à son malade dans une expression simple, intelligible et loyale le maximum d'information : description succincte de la procédure d'intervention, ses avantages et inconvénients.

## **b. Instrumentation [10] :**

### ➤ *L'instrumentation utilisée pour la cure des hernies simples :*

Une boîte d'instruments type comporte :

- 1 pince porte tampon,
- 4 pinces fixes champs,
- 1 pince à disséquer avec grilles,
- 1 paire de ciseaux à disséquer courbe,
- 1 paire de ciseaux droite,
- 1 Paire d'écarteurs de Farabeuf,
- 6 pinces hémostatiques,
- 2 pinces de Kocher,
- 1 pince en cœur,
- 2 pinces de Chaput,
- 1 porte-aiguille,
- 1 manche de bistouri,
- 1 lame de bistouri,
- 1 agrafeuse à usage unique (facultatif)

## **c. Procédures techniques :**

### ➤ *Technique de réparation à ciel ouvert des hernies inguinales :*

#### • **Technique de Lichtenstein [11] :**

Elle se fait sous anesthésié locale, locorégionale, exceptionnellement sous anesthésie générale et comprend plusieurs étapes :

L'incision cutanée mesure 5 cm et s'étend en dehors, depuis l'épine du pubis, suivant une direction plutôt horizontale. L'aponévrose du grand oblique est incisée. Le feuillet inférieur est séparé du cordon. Le feuillet supérieur est séparé du plan profond sur 3 cm de large. Le cordon est libéré et mobilisé jusqu'à 2 cm au-delà de l'épine du pubis. Le pédicule funiculaire et le rameau génital du génitocrural sont chargés avec le cordon, de même que les branches génitales des abdominogénitaux. En cas de hernie indirecte, le sac est libéré au-delà du collet et réintégré sans être ligaturé ni réséqué. En cas de sac inguinoscrotal, la résection du sac est évitée. Dans ce cas, le sac est sectionné transversalement et fermé. La partie distale est fendue longitudinalement et abandonnée en place. En cas de grosse hernie directe, le sac est enfoui par une suture à résorption lente.

On utilise une prothèse de polypropylène rectangulaire de 8 cm sur 16 cm. Le côté interne est arrondi aux angles. La prothèse est glissée sous le cordon et étalée sur le plan postérieur. L'extrémité arrondie est fixée au tissu fibreux prépubien par un point de monofil non résorbable. Il est important que la prothèse dépasse l'épine du pubis de 1 à 1,5 cm et que l'aiguille ne pique pas le périoste, mais seulement le tissu fibreux. La suture est poursuivie en surjet en unissant le bord inférieur de la prothèse à l'arcade crurale, jusqu'à la hauteur de l'orifice profond. Le surjet est arrêté juste au niveau de l'orifice profond.

On pratique ensuite une fente aux ciseaux, au niveau du côté externe de la prothèse. Cette fente est placée de façon à séparer deux bretelles de taille inégale.

Les deux bretelles sont passées de part et d'autre du cordon en arrière de lui.

La partie supérieure de la prothèse est alors fixée par deux points séparés, en prenant soin de ne pas léser les nerfs : un point sur la gaine du droit et un sur l'aponévrose du petit oblique, juste en dedans de l'orifice interne.

Les deux bretelles sont alors suturées ensemble pour former un nouvel anneau

inguinal. Le cordon est ainsi cravaté par les deux bretelles de la prothèse, qui reproduisent l'anneau. Les extrémités des deux bretelles sont alors recoupées à environ 5 cm au-delà de l'anneau inguinal et enfouies sous l'aponévrose du grand oblique sans fixation. L'aponévrose du grand oblique est suturée en avant du cordon par un fil à résorption lente et la paroi est refermée.

➤ **Techniques de réparation à ciel ouvert des EPO (Eventration postopératoire) : [12]**

Quatre sites anatomiques peuvent être utilisés pour l'implantation des prothèses. Ce sont, de la profondeur à la superficie, les sites : intrapéritonéal, prépéritonéal, rétromusculaire préfascial, prémusculo-aponévrotique.

• **Implantation intrapéritonéale :**

La prothèse est de forme ovale et de taille adaptée à la brèche pariétale en dépassant les limites de 5 à 8 cm. La face antérieure de l'aponévrose ayant été libérée du tissu sous-cutané jusqu'à la ligne axillaire, l'une des berges, saisie par une forte pince, est mise en tension et soulevée. De longues aiguilles serties de fil non résorbable 0 ou 00 transfixient la paroi musculo-aponévrotique de dehors en dedans à proximité de la ligne blanche externe, puis chargent un large ourlet de la prothèse et traversent à nouveau la paroi de dedans en dehors à un centimètre du point d'entrée. La fixation commence par le point cardinal latéral et progresse vers les pôles laissés libres. Tous les points sont passés avant serrage. Après fixation d'un côté, la prothèse est implantée de la même manière du côté opposé. Le niveau latéral de fixation et le degré de tension sont appréciés en rapprochant les deux berges sur la ligne médiane. L'excédent prothétique est réséqué. Le réglage final de la tension est achevé par le passage et le serrage des points d'ancrage polaires. Les sutures transfixiantes peuvent être remplacées par un agrafage automatique (Pariefix ®, Versatack ®). Il est toujours possible de recouvrir la prothèse en suturant soit les bords de l'éventration à l'aide éventuellement d'un procédé de relaxation, soit les lambeaux fibreux du sac conservés de part et d'autre. Le drainage aspiratif au contact des prothèses intrapéritonéales n'est pas justifié.

• **Implantation prépéritonéale (Stoppa) :**

Elle n'est applicable qu'aux éventrations sous-ombilicales, sous-arquées où la séreuse est facilement clivable. Le principe est identique à celui de la hernioplastie inguinale prépéritonéale. Il consiste en l'apposition à la face



profonde de la paroi, au-devant du péritoine, d'une prothèse souple débordant très largement les limites de la brèche pariétale dans le but de renforcer le péritoine et de créer une adhérence pariétoprothétique équivalent d'une néoparoi.

- **Implantation rétromusculaire préfasciale (Rives) :**

Dans cette technique applicable aux éventrations sus-arquées, la prothèse est implantée entre le corps musculaire des muscles droits et le feuillet postérieur de la gaine. Elle est suturée au niveau de la ligne blanche externe.

***Technique :***

La gaine aponévrotique est ouverte au bistouri à proximité de la berge de l'éventration jusqu'à identifier les fibres musculaires. L'incision est prolongée en haut et en bas aux ciseaux jusqu'aux limites de l'éventration. L'aponévrose postérieure mise en tension est facilement clivée du corps musculaire qui est récliné et soulevé par des écarteurs jusqu'à atteindre la ligne blanche externe reconnaissable aux pédicules vasculo-nerveux qu'il convient de respecter. Après dissection identique du côté opposé, la cavité péritonéale est fermée par suture des berges aponévrotiques et/ou des lambeaux du sac de l'éventration à l'aide de points séparés de fil non résorbable. La prothèse choisie pour sa souplesse et son grammage léger, de taille et de forme adéquates est étalée dans l'espace rétromusculaire. Elle est fixée par des fils non résorbables espacés d'environ 25 mm au niveau de la ligne blanche externe en évitant les pédicules vasculonerveux.

La suture du plan aponévrotique antérieur, à points séparés en commençant par les extrémités est possible avec ou sans procédé de relaxation pariétale. Un drainage aspiratif par un ou deux tubes de Redon au contact de la prothèse est nécessaire.

- **Implantation prémusculo-aponévrotique :**

Le principe est de renforcer par une prothèse une réparation pariétale par suture

et autoplastie. Dans la technique de Chevrel [12], après autoplastie en paletot, la prothèse dépasse de 5 cm de chaque côté la perte de substance, fixée par quatre surjets de fil non résorbable à sa périphérie. L'encollage favorise l'adhérence immédiate de la prothèse. Le drainage aspiratif par deux tubes de Redon, voire davantage, et la contention abdominale par bandage pendant 4 à 6 semaines permettent de diminuer la fréquence des séromes sous-cutanés, facteurs de risque infectieux.

### **5. Analyse des données :**

Les logiciels suivants : Microsoft Word 2016, SPSS version 21 et Epi info 6.04 ont été utilisés pour l'élaboration du document. Le test statistique utilisé a été le test de Chi2. Une valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme statistiquement significative.

### **6. Ethique :**

Avant chaque intervention, le consentement éclairé de chaque patient était systématiquement obtenu après qu'il ait été informé du diagnostic, de la procédure opératoire et des résultats attendus.

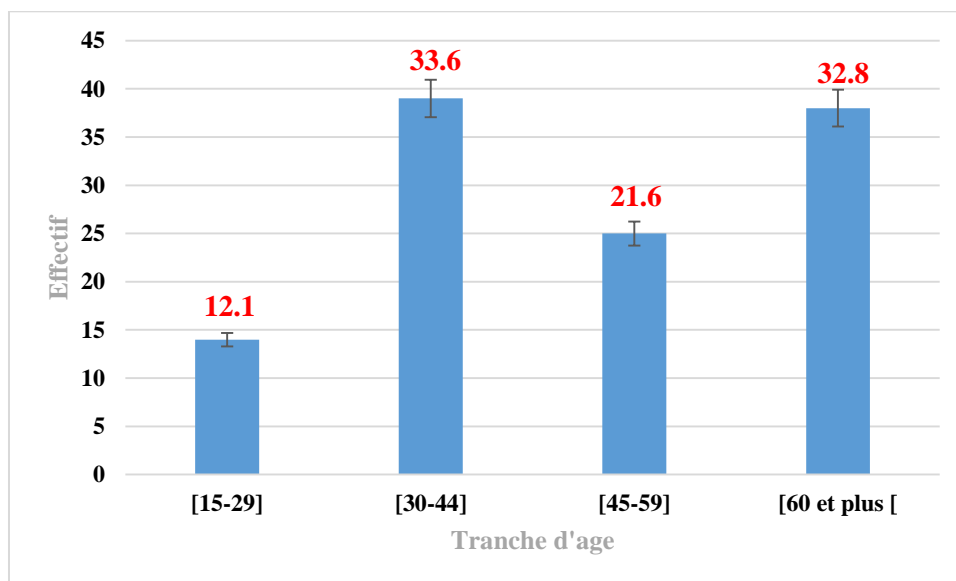
# Résultats

## IV. Résultats

### 1. Fréquence :

Pendant la période d'étude 4882 patients ont été opérés dans le service toutes pathologies confondues. Parmi ces patients, 450 ont bénéficié d'une réfection pariétale par simple raphie. La réfection pariétale par matériel prothétique a été réalisée chez 116 patients soit un taux de 2,4% de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées.

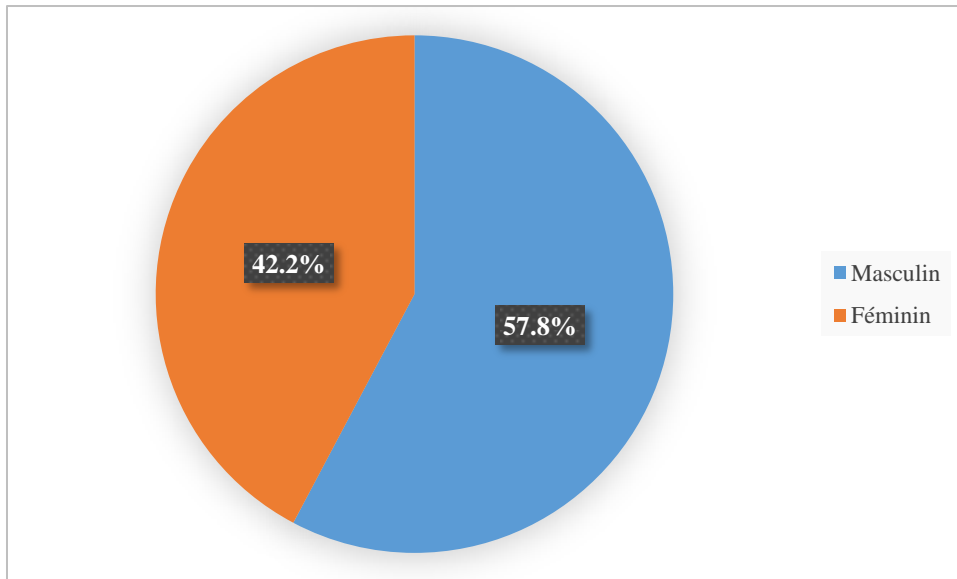
### 2. Données sociodémographiques :



**Fig 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge**

L'âge moyen des patients était de  $50.7 \pm 45.32$  ans avec des extrêmes de 15 et 89 ans.

Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G



**Fig 2 : Répartition des patients selon le sexe**

Un peu plus de la moitié des patients étaient de sexe masculin toutes pathologies confondues avec un sex-ratio de 1.4.

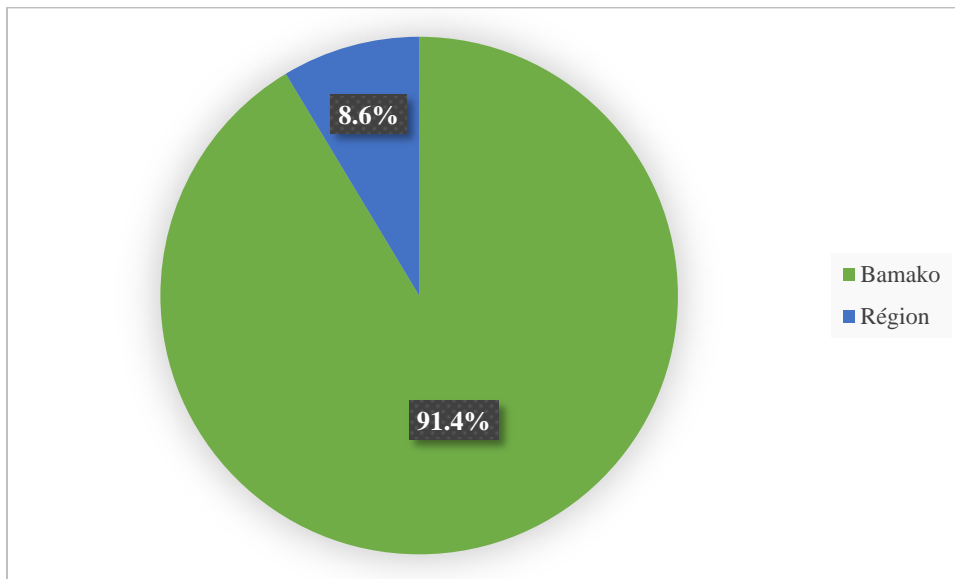
Sexe/Pathologies : EPO = 30H/27F HI=43H/4F HLB= 6H/3F HO=1H/2F

**Tableau I : Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage
Ouvrier	23	19.8
Fonctionnaire	30	25.9
<b>Ménagère</b>	<b>33</b>	<b>28.4</b>
Cultivateur	11	9.8
Elèves/Étudiants	4	3.4
Commerçant	7	6.0
Autres	8	6.9
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Un tiers des patients étaient des ménagères.

*Autres : Retraités*



**Fig 3 : Répartition des patients selon la provenance**

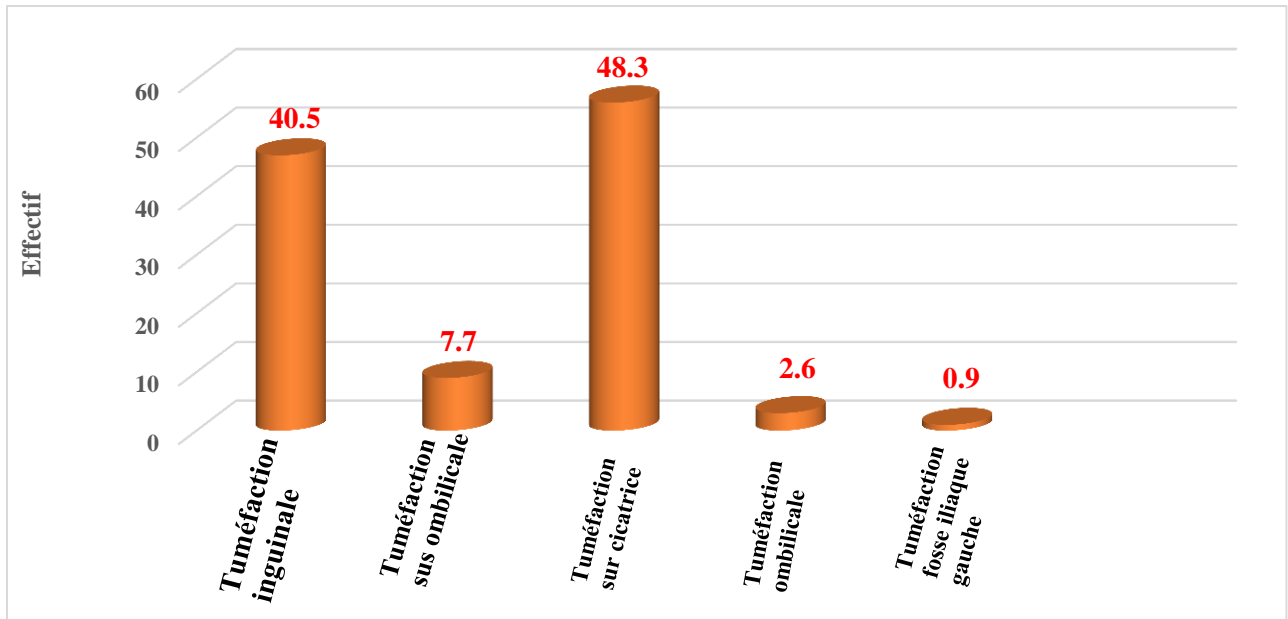
La majorité des patients provenait de Bamako.

### 3. Données cliniques :

**Tableau II : Répartition des patients selon le mode de recrutement**

Mode recrutement	Effectif	Pourcentage
Consultation externe	113	97.4
Urgence	3	2.6
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

La plupart des patients étaient reçus en consultation externe.



**Fig 4 : Répartition des patients selon le motif de consultation**

La tuméfaction en regard de la cicatrice opératoire était le motif de consultation le plus fréquent pour les cas d'éventration et la tuméfaction inguinale pour les cas de hernie.

**Tableau III : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux**

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Laparotomie	60	51.7
Cœlioscopie	1	0.9
Inguinotomie	13	11.2
Cure d'hydrocèle	1	0.9
Aucun	41	35.3
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des patients avait un antécédent de laparotomie.

**Tableau IV : Répartition des patients opérés d'éventration selon le motif de la primo-laparotomie**

<b>Motif de la primo-laparotomie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pathologies digestives</b>	<b>35</b>	<b>61.4</b>
Pathologies gynécologiques	19	33.3
Pathologies urologiques	3	5.3
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Les pathologies digestives étaient les plus pourvoyeuses d'éventration.

**Tableau V : Répartition des patients opérés d'éventration selon le type de la primo-laparotomie**

<b>Type de la primo-laparotomie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Laparotomie médiane</b>	<b>46</b>	<b>80,7</b>
Laparotomie latérale	11	19,2
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

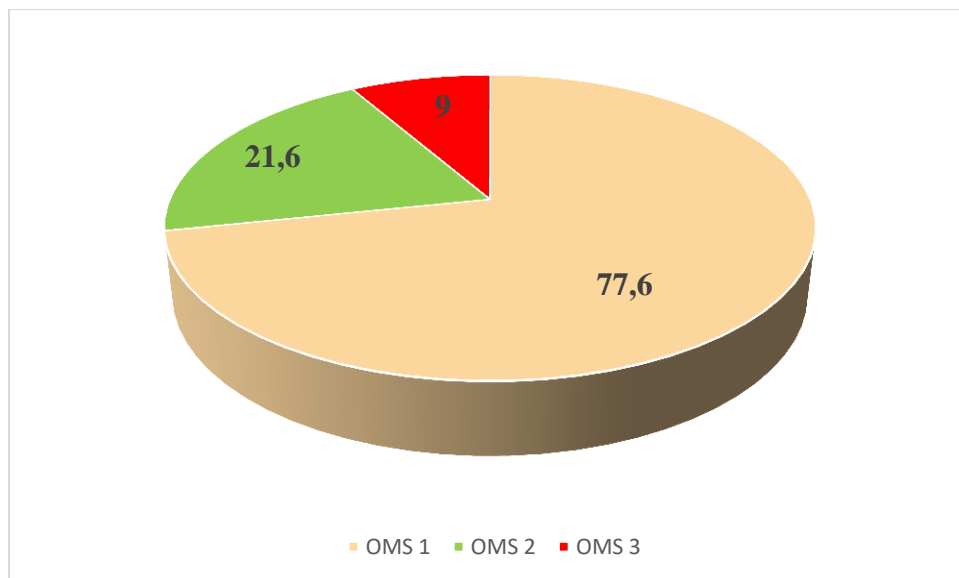
La laparotomie antérieure était médiane dans la majorité des cas.



**Tableau VI : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie**

Durée en mois	Effectif	Pourcentage
[1-4]	48	41.4
[5-8]	29	25
[9-12]	15	12.9
[13 et plus ]	24	20.7
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'évolution de la maladie était de  $9.1 \pm 14.5$  mois avec des extrêmes de 1 et 36 mois.



**Fig 5 : Répartition des patients selon l'IPOMS**

L'indice de performance OMS était estimé grade 1 chez 77.6% des malades.

**Tableau VII : Répartition des patients selon l'IMC**

<b>IMC</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Normal</b>	<b>81</b>	<b>69.8</b>
Maigreur	2	1.7
Surpoids	15	12.9
Obésité modérée	17	14.7
Obésité morbide	1	0.9
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

L'indice de masse corporelle était normal chez 69.8% des patients.

**Tableau VIII : Répartition des patients selon les facteurs favorisant la pathologie pariétale**

<b>Facteurs favorisants</b>	<b>Hernies (HI, HO, HL)</b>		<b>Eventrations</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Constipation chronique	<b>30/59</b>	<b>25,9</b>	-	-
Antécédent de chirurgie	-	-	<b>53/57</b>	<b>45,7</b>
Activité physique (sport+++)	7/59	6,0	-	-
Obésité	-	-	8/57	6,9
Infection de la paroi	-	-	9/57	7,7
Dysurie	6/59	5,1	-	-
Toux chronique	2/59	1,7	-	-

La constipation chronique, l'activité physique sportive, la dysurie et la toux

chronique étaient les principaux facteurs de risque des hernies pariétales.

Ceux favorisant l'éventration étaient essentiellement l'antécédent de chirurgie avec infection pariétale voir une obésité.

**Tableau IX : Répartition des patients selon le siège de la hernie**

<b>Siège de la hernie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Inguinal droite</b>	<b>26</b>	<b>44.1</b>
Inguinal gauche	5	8.5
Inguinal bilatérale	16	27.1
Ombilical	3	5.1
Ligne blanche sus ombilicale	8	13.6
Ligne blanche sous ombilicale	1	1.7
Total	59	100

La hernie siégeait dans la région inguinale droite dans 44.1% des cas.

**Tableau X : Répartition des patients selon le siège de l'éventration**

<b>Siège de l'éventration</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sus et sous ombilical</b>	<b>22</b>	<b>38.6</b>
Sous ombilical	18	31.6
Sus ombilical	6	10.5
Ombilical	4	7
Fosse iliaque	4	7
Lombaire	3	5.3
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

L'éventration était de siège sus et sous ombilical chez plus d'un tiers des patients.

**Tableau XI : Répartition des patients selon la réalisation de l'échographie abdominale**

<b>Echographie abdominale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non réalisée	102	87.9
<b>Réalisée</b>	<b>14</b>	<b>12.1</b>
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

L'échographie abdominale n'était pas systématique.

**Tableau XII : Répartition des patients selon la réalisation de la TDM abdominale**

<b>TDM abdominale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Réalisée</b>	<b>3</b>	<b>2.6</b>
Non réalisée	113	97.4
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

La TDM était nécessaire chez seulement 2.6% des patients.

#### 4. Indications opératoires :

**Tableau XIII : Répartition des patients selon la récurrence**

<b>Récurrence</b>	<b>Hernies (HI ; HO ; HL)</b>		<b>Eventrations</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>13/59</b>	<b>22</b>	<b>9/57</b>	<b>15.8</b>
<b>Non</b>	46/59	78	48/57	84.2

L'indication opératoire était posée pour une récurrence chez 19% des patients.

**Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G**

**Tableau XIV : Répartition des patients selon le diamètre du collet**

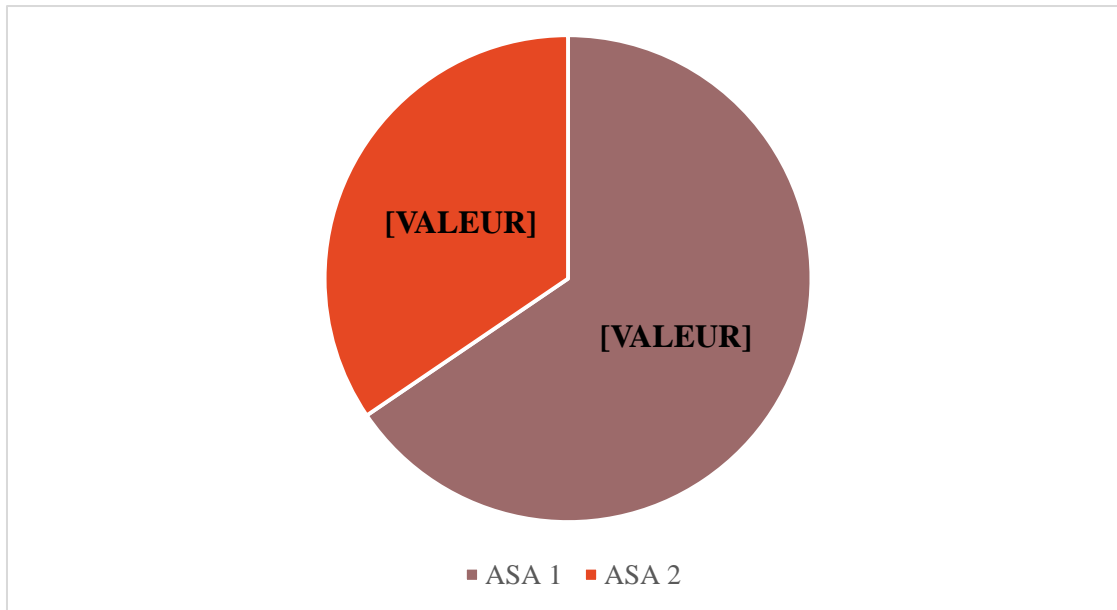
Diamètre moyen du collet	Hernies (HI, HO, HL)		Eventrations	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
<5cm	<b>51/59</b>	<b>86.4</b>	<b>36/57</b>	<b>63.2</b>
5-10cm	8/59	13.6	15/57	26.3
>10cm	-	-	6/57	10.5

Le diamètre moyen du collet était de  $4 \pm 8.2$  cm pour les hernies et de  $6 \pm 33.2$  cm pour les éventrations.

**Tableau XV : Répartition des patients selon le diagnostic**

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
<b>Eventrations</b>	<b>57</b>	<b>49.1</b>
Hernie inguinale	47	40.5
Hernie de la ligne blanche	9	7.8
Hernie ombilicale	3	2.6
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

L'indication de réparation pariétale par prothèse était l'éventration pour environ la moitié des patients.



**Fig 6 : Répartition des patients selon la classification ASA**

Plus de la moitié des patients vus en consultation d’anesthésie était classée ASA 1.

**5. Difficultés liées à l’utilisation de la prothèse :**

**Tableau XVI : Répartition des patients selon la disponibilité de la prothèse**

<b>Disponibilité de la prothèse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non effective</b>	<b>98</b>	<b>84.5</b>
Indéterminée	18	15.5
Total	116	100

La majorité des patients affirmait que la disponibilité de la prothèse n’était pas effective.



**Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G**

**Tableau XVII : Répartition des patients selon l'accessibilité à la prothèse**

<b>Accessibilité à la prothèse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Facile	49	42.2
Difficile	49	42.2
Indéterminé	18	15.5
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Les avis étaient partagés par rapport à l'accessibilité de la prothèse.

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon le coût de la prothèse**

<b>Coût de la prothèse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Elevé	57	49.1
Abordable	41	35.5
indéterminé	18	15.5
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Le coût de la prothèse était jugé élevé pour environ la moitié des patients.

## 6. Traitement

**Tableau XIX : Répartition des patients selon le type d'anesthésie**

<b>Type anesthésie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Locale	1	0.9
Rachianesthésie	42	36.2
<b>Anesthésie générale</b>	<b>73</b>	<b>62.9</b>
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des patient étaient opérés sous anesthésie générale.

**Tableau XX : Répartition des patients selon la technique de pose de la prothèse**

<b>Technique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Lichtenstein	47	40.5
<b>Retromusculaire préfascial (RIVES)</b>	<b>65</b>	<b>56</b>
Prépéritonéale (Stoppa)	1	0.9
Intrapéritonéale	3	2.6
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

La technique de Lichtenstein était réalisée chez tous les patients ayant une hernie inguinale. La pose retromusculaire préfascial de la prothèse selon RIVES était pratiquée chez plus de la moitié des patients.

**Tableau XXI : Répartition des patients selon le type de prothèse**

<b>Types de prothèse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Polyester	3	2.6
<b>Polypropylène</b>	<b>113</b>	<b>97.4</b>
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Le polypropylène était le type de prothèse le plus utilisé soit 97.4% des cas.

**Tableau XXII : Répartition des patients selon le drainage du site opératoire**

<b>Drainage du site opératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>63</b>	<b>54.3</b>
Non	53	45.7
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Le drainage du site opératoire a été pratiqué dans 54.3% des cas.

**Tableau XXIII : Répartition des patients selon la durée d'intervention**

<b>Durée en mn</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>30-45</b>	<b>76</b>	<b>65.5</b>
45-60	20	17.2
60-75	16	13.8
75-90	3	2.6
> 90	1	0.9
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'intervention était de  $45.9 \pm 38.8$  mn.

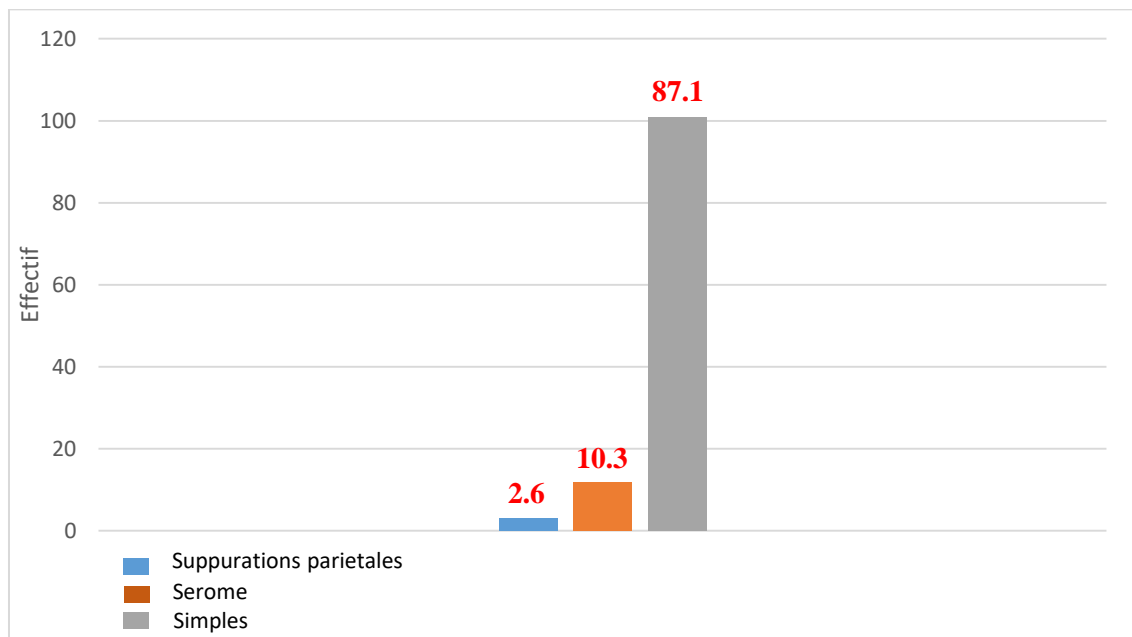
Extrêmes : 32 mn et 105 mn

**Tableau XXIV : Répartition des patients selon les complications peropératoires**

Complication per opératoire	Effectif	Pourcentage
Oui	1	0.9
<b>Non</b>	<b>115</b>	<b>99.1</b>
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Une complication peropératoire était rarement observée.

### 7. Suites opératoires :



**Fig. 7 : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates**

Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 87.1% des cas.

Aucun cas de décès n'a été enregistré.

**Tableau XXV : Répartition des patients selon la catégorie d'hospitalisation**

<b>Catégorie d'hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Première</b>	<b>64</b>	<b>55.2</b>
Deuxième	45	38.8
Troisième	7	6
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des patients étaient hospitalisés dans les salles de première catégorie.

**Tableau XXVI : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

<b>Durée en jour</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt; 5</b>	<b>91</b>	<b>78.4</b>
5-10	25	21.6
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'hospitalisation était de  $4 \pm 3.3$  jours.

Extrêmes : 2 et 10 jours

**Tableau XXVII : Répartition des patients selon l'évaluation des résultats du traitement à 6 mois et à 12 mois**

<b>Résultats du traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Suites simples</b>	<b>62</b>	<b>53.4</b>
Récidive	2	1.7
Perdu de vue	52	44.8
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Le taux de récurrence était de 1.7%.

# Commentaires et Discussion



## V. Commentaires et discussion

### 1. Critique de la méthodologie :

Plusieurs problèmes ont été rencontrés dans la collecte des données. Certains dossiers médicaux étaient introuvables et d'autres inexploitable. Tous les dossiers médicaux inexploitable étaient exclus. L'accès à la prothèse était difficile pour certains patients en raison de son coût et sa non disponibilité au sein de la pharmacie hospitalière.

Pour le suivi postopératoire immédiat, tous les patients ont été examinés. Pour le suivi à long terme la plupart des patients n'ont pas respecté le rendez-vous d'où un taux de perdu de vu de 44.8%.

Pendant la phase prospective, tous les patients ont été vus à 6 mois postopératoire.

### 2. Fréquence :

Durant la période d'étude, 116 dossiers médicaux ont été colligés. La réfection pariétale par matériel prothétique a représenté 2.4% de l'ensemble des interventions chirurgicales (4882 interventions) et 20.5% des interventions liées à une faiblesse pariétale.

En fonction du nombre de pariétoplastie prothétique nous avons trouvé :

- 49.1% d'éventration postopératoire,
- 40.5% de hernie inguinale,
- 7.6% de hernie de la ligne blanche,
- 2.6% de hernie ombilicale

Sacko O [9] dans le même service en 2017 avait colligé 83 cas de hernie inguinale traités par prothèse. La fréquence d'éventrations postopératoires obtenue dans l'étude n'est pas statistiquement différente de celle obtenue par Berrada S [13] au Maroc qui a trouvé une fréquence de 47,2% ( $p=0.732499$ ).

Ogbuanya OU [14] au Nigéria en 2022 a trouvé un taux de 72.4% de réfection pariétale par filet pour 706 patients opérés pour hernie inguinale ( $p=10^{-6}$ ) et un

taux de 27.6% pour 269 patients porteurs d'EPO sur 5 ans ( $p=0,000040$ ).

Au Sénégal Diop B [15] en 2017 a rapporté un taux de 61% de pariétoplastie pour hernie inguinale selon la procédure de Lichtenstein ( $p=0,000207$ ).

Ces différences de fréquence pourraient s'expliquer d'une part par le fait que la plupart de ces études portaient sur une seule pathologie contrairement à la nôtre et d'autre part par le fait que certains auteurs utilisent systématiquement la prothèse pariétale pour la prise en charge de ces pathologies.

### 3. Données sociodémographiques :

#### ◆ Tableau XXVIII : Age moyen et auteurs

Auteurs	Age moyen	p
<b>Barchah MO</b> [8] Maroc, 2017	51.8	0,841801
<b>Diop B</b> [15] Sénégal, 2017	49	0,622637
<b>Hamilton L</b> [16] USA, 2004	55	
<b>Sacko O</b> [9] Mali, 2017	54	0,528410
<b>Notre étude</b>	50,7	

L'âge moyen des patients dans ce travail était de  $50.7\pm 45.3$  ans avec des extrêmes de 15 et 89 ans. Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre la moyenne d'âge retrouvée dans notre étude et celle des auteurs ci-dessus. L'âge avancé favoriserait les éventrations car il ralentirait le processus de cicatrisation [17]. Les efforts physiques répétés à un certain âge et l'usage de la sangle abdominale sont des facteurs déterminants dans la genèse des hernies et l'aggravation du défaut pariétal.

**Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G**

◆ **Sexe :**

Le sexe masculin était le plus représenté dans l'étude toutes pathologies confondues soit 57.8% des cas. Pour ce qui est des éventrations postopératoires, il a représenté 52.6% des cas. Ce qui est comparable à celui de Zinther NB [18] au Danemark qui avait retrouvé une prédominance masculine dans 58% des cas. Cependant, Berrada S [13] au Maroc avait rapporté une prédominance féminine dans sa série portant sur les éventrations postopératoires.

Pour Barchah MO [8], la prédominance féminine des éventrations postopératoires serait due à la fréquence des affections gynécologiques, au surpoids et à la multiparité.

Quant aux hernies inguinales, le sexe masculin représentait 91.5% des cas dans notre étude. Diop B [15] au Sénégal avait retrouvé une prédominance masculine dans 97.8% des cas dans une étude portant sur la cure prothétique des hernies inguinales.

Cette prédominance masculine des hernies serait due aux activités physiques intenses, sollicitant beaucoup les muscles de la sangle abdominale.

**4. Facteurs de risque :**

◆ **Constipation chronique :**

Dans notre étude, elle était le facteur favorisant de la hernie dans 25.9% des cas. Diarra K [19] avait fait le même constat avec un taux de 36.1%. L'étude de Luijendjik [20] attestait la fréquence élevée de hernies chez les patients souffrant d'une constipation chronique et cela avec une fréquence nettement supérieure à la nôtre soit 57.3% ( $p=0.000020$ ).

Ceci pourrait s'expliquer par le mode vie de la population.

◆ **Obésité :**

L'obésité était retrouvée dans 6.9% des cas. Ce taux est nettement inférieur à celui rapporté par Meloux A [21] qui était de 50% ( $P=000005$ ).

Cela pourrait s'expliquer par les facteurs environnementaux, socioéconomiques

et comportementaux de la population.

Pour Benoit L [22], l'obésité expose en plus de l'infection à la survenue des hernies et des éventrations par élévation de la pression intra-abdominale.

◆ **Antécédent chirurgical :**

Dans l'étude, 51.7% des patients avaient un antécédent chirurgical de laparotomie. Pour les malades qui avaient une éventration postopératoire, 45.7% de ces patients n'avaient pas d'autres facteurs favorisants associés en dehors de la laparotomie elle-même. La récurrence après la cure initiale d'éventration était notée dans 15.8% des cas.

Les suites opératoires de ces laparotomies s'étaient compliquées d'une suppuration pariétale dans 7.7% des cas.

Sacko O [23] avait trouvé un taux d'éventration de 95.6% chez des patients ayant un antécédent de laparotomie médiane. Ce taux est supérieur au nôtre ( $p=10^{-6}$ ). Ces laparotomies médianes étaient associées à une infection du site opératoire dans 4.4% des cas.

Dans la littérature, l'éventration représente la complication tardive la plus fréquente de la chirurgie abdominale [24]. Son incidence est élevée lorsqu'elle est associée à une infection du site opératoire.

De manière générale, le traitement de ces éventrations par sutures simples ou autoplasties était sujet à des récurrences jusqu'à 50% [25]. Selon Dietz et al [26], cette récurrence s'est vue réduite jusqu'à moins de 10% lorsqu'on utilisait une prothèse quel que soit la technique.

Dans notre étude, 22% des patients avaient une récurrence de hernie inguinale après une cure initiale par simple raphie. Dans la littérature le taux de récurrence serait de 7,1% pour la technique de Bassini, 6,9% pour la technique de Mac Vay et 4% pour la technique de Shouldice [27].

Le taux élevé de récurrence après une cure par simple raphie serait en rapport avec le non-respect des principes de la procédure utilisée, la non correction des

**Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G**

facteurs favorisant, la réintervention chirurgicale précoce et l'expérience du chirurgien.

◆ **Motif de la primo-laparotomie :**

Dans notre étude, le taux d'éventration postopératoire était plus élevé chez les patients opérés pour pathologies digestives avec 60%. Diao LM [28] avait retrouvé une prédominance d'éventration postopératoire chez les malades opérés pour pathologies gynécologiques dans 53.3% des cas. Cette prédominance de pathologies gynécologiques serait due au fait que la plupart de ses malades provenaient du service de Gynéco-Obstétrique et avec comme indication de la primo-laparotomie la césarienne qui était réalisée suivant une incision médiane. Il est établi aujourd'hui que si l'incision médiane était celle de toutes les interventions possibles, il n'en demeurerait pas moins qu'elle augmentait de manière significative l'incidence des éventrations par rapport à une incision transverse [29].

◆ **Type de laparotomie :**

En chirurgie digestive, l'incision médiane est de loin la plus pratiquée surtout pour une intervention digestive, pour une intervention septique ou pour une laparotomie exploratrice.

Dans notre étude la primo-laparotomie était réalisée de façon médiane dans 80% des cas. Ce résultat est superposable à celui rapporté par Berrada S [13] qui était de 86% de laparotomie médiane réalisée de façon médiane ( $p=0,146332$ ).

En effet la paroi abdominale est souvent traumatisée lors de ce type d'intervention (longueur de l'intervention, complications infectieuses, ischémie due à la traction excessive des écarteurs), ce qui altère la qualité de la cicatrisation. L'éventration dépendrait alors plus du type de chirurgie et de ses complications postopératoires que du type d'incision [4].

**5. Motif de consultation :**

La tuméfaction en regard de la cicatrice opératoire était le motif de consultation le plus fréquent soit 48.3% des cas. Ce résultat est identique aux 50.9 % retrouvés par Ouattara T [30] ( $=0,747654$ ).

Par contre il est inférieur aux 79% retrouvés par Abourrig A [31] ( $p=0,000004$ ). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre population d'étude était composée de la quasi-totalité de pathologies liées à la faiblesse pariétale tandis la plupart des auteurs n'ont traité qu'une seule pathologie.

### **6. Siègne de la hernie et de l'éventration postopératoire :**

La hernie siégeait dans la région inguinale droite dans 44.1% des cas. Diop B [15] au Sénégal et Sacko O [9] au Mali avaient fait le même constat.

La prédominance du côté droit de la hernie inguinale est mal élucidée. Elle pourrait s'expliquer selon certains auteurs [32] par la situation haute du testicule droit par rapport au testicule gauche et l'oblitération tardive du canal péritonéo-vaginal à droite.

Dans l'étude, l'éventration siégeait en sus et sous ombilical dans 38,6% des cas. Barchah MO [8] a trouvé un taux d'éventration épigastrique de 27,1% et ombilicale de 7,1%. Sacko O [23] dans son étude avait trouvé une prédominance des éventrations sous ombilicales dans 57,8% des cas. Pour Ott V [4], l'incision médiane sus ombilicale se complique plus facilement d'une éventration que toute autre incision car la ligne blanche sus-ombilicale est beaucoup plus fragile que la ligne blanche sous-ombilicale d'où la fréquence d'éventration dans cette région.

### **7. Diamètre du collet de l'éventration**

Dans l'étude, le diamètre du collet était inférieur à 5 cm dans 63.2% des cas, il était compris entre 5 et 10 cm dans 26,3% des cas et supérieur à 10 cm dans 10,5% des cas. Dans l'étude de Ott V [4], le collet de l'éventration était inférieur à 5 cm dans 4,7% des cas, il était compris entre 5 et 10 cm dans 33,3% des cas. Ce résultat diffère de celui de Barchah MO [8] qui a trouvé 23% de collet inférieur à 4 cm, 30 % compris entre 4 et 10 cm et 47% de collet supérieur à 10 cm ( $p=0,009583$ ).

Tout porte à savoir qu'au début, l'éventration est souvent petite. Dès ce stade



elle est susceptible de se compliquer d'étranglement. Une fois présente l'éventration à tendance à s'aggraver sous l'effet de la pression abdominale.

Elle sera donc de plus en plus volumineuse. Plus sa taille est grande plus son traitement sera compliqué [8].

### **8. Indications opératoires :**

Pour procéder à une cure d'éventration par mise en place d'un filet, il faut que le patient réponde à certains critères :

- la qualité de la paroi est un des éléments les plus déterminants dans l'indication à poser un filet. En effet, une paroi affaiblie et atone, dont les structures musculo-aponévrotiques sont de mauvaise qualité et détendues, justifiera toujours, à notre sens, la mise en place d'une prothèse non résorbable, quelle que soit la taille de l'éventration. C'est le cas de tous les patients obèses.

- toutes les récurrences seront traitées avec un filet, y compris les récurrences de hernie de la ligne médiane.

- une éventration de grande taille (supérieure à 10 cm), ou avec défaut de paroi, sera toujours traitée avec un renforcement pariétal non-résorbable.

- tout patient soumis à un travail physique très lourd, ce qui est très souvent le cas dans notre contexte, doit bénéficier d'un renforcement prothétique.

Il importe donc de proposer un traitement fiable. Dans de tels cas, le filet reste certainement la meilleure alternative [4].

Pendant la période d'étude, 47 cas de hernie soit 40,5%, 9 cas (7,8%) de hernie de la ligne blanche, 3 cas (2,6%) de hernie ombilicale et 57 cas (49,1%) d'éventration ont été opérés.

Ott V [4] a rapporté 9 cas (16,3%) de hernie ombilicale récidivée, 4 cas (7,25%) de hernie de la ligne blanche récidivée et 42 cas (76,3%) d'éventrations post opératoires traités par prothèse.

Diop B [15] a colligé 267 cas de hernie traité selon la procédure de Lichtenstein. Ces différences de fréquences pourraient s'expliquer par la diversité des

pathologies pouvant être traitées par prothèse. La plupart des auteurs ont utilisé la prothèse dans une seule pathologie [8, 33, 34].

### **9. Difficultés liées à l'utilisation de la prothèse :**

Dans notre étude près de la totalité des patients soit 84,5% des cas affirmait que la disponibilité de la prothèse n'était pas effective. Le coût de la prothèse était jugé élevé dans 49,1% des cas.

La majorité des pharmacies ne vendent pas la prothèse pariétale notamment la pharmacie hospitalière du centre hospitalier universitaire qui a servi du cadre d'étude à cause de la demande non accrue par les praticiens. Ce point de vue a été partagé par Diop B [15]. Cependant, Zaré C [35] au Burkina rapportait une disponibilité et une accessibilité effective de la prothèse de polypropylène.

### **10. Procédure opératoire :**

Parmi les techniques de renforcement pariétales sans tension de la paroi abdominale la technique de Lichtenstein est la plus pratiquée [36]. Dans notre étude, elle a été pratiquée chez tous les patients ayant présenté une hernie inguinale soit 40,5%.

Sacko O [9] avait colligé en 2017, 83 dossiers de patients qui ont été tous traités selon la procédure de Lichtenstein. Diop B [15] avait rapporté 267 cas de pariétoplasties prothétiques sur 6 ans selon la procédure de Lichtenstein ( $p < 0,005$ ).

Ce taux élevé par rapport au notre pourrait s'expliquer par le fait qu'une part des patients est prise en charge dans le secteur privé et d'autres pendant les campagnes de santé dans certaines de nos contrées. Pendant ces campagnes les malades bénéficient d'une intervention chirurgicale gratuite.

En ce qui concerne les EPO, la prothèse a été placée en retromusculaire préfascial dans 56% des cas et en intrapéritonéale dans 2,6% des cas.

Bouillot et al [39] en France en 2012 avaient utilisé le site retromusculaire dans 94,5% des cas tandis que Zaré C [35] au Burkina l'avait utilisé dans 100% des cas.

La technique de cure d'événtration par pose de prothèse retro musculaire

préfacial comporte peu d'infection atteignant la prothèse et peu de récurrence [37].

Ces avantages ont justifié notre choix comme technique de référence dans la cure d'événement. Il convient alors d'éviter la mise en place sous cutanée de la prothèse compte tenu du risque infectieux ainsi que le contact direct avec les anses intestinales à cause du risque de fistule digestive [23].

### **11. Drainage :**

En effet les hématomes et collections périprothétiques favorisés par les décollements pariétaux larges peuvent être prévenus moyennement une hémostase minutieuse et un drainage correct [13]. Le drainage du site opératoire a été pratiqué dans 54,3% des cas dans notre étude. Ce taux est inférieur à celui de Berrada S [13] qui avait utilisé le drainage systématiquement dans 100% des cas ( $p=10^{-6}$ ). Barchah MO [8] a pratiqué 81,4% de drainage ( $p=0,000180$ ).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que nous pratiquons le drainage que lorsqu'un décollement pariétal large est pratiqué.

### **12. Type de prothèse :**

Nous avons utilisé la prothèse de polypropylène pour renforcer la paroi dans 97,4% des cas et la prothèse de polyester seulement dans 2,6% des cas. Barchah MO [8] avait utilisé le polypropylène dans 65,7% des cas et le polyester dans 28,9% des cas. Zaré C [35] a utilisé le polypropylène dans 100% des cas contrairement à Berrada S [13] qui a utilisé le polyester chez tous ses patients.

L'usage du type de prothèse dépendrait de sa disponibilité et de son accessibilité. En outre, le choix de la prothèse pariétale est dicté par ses qualités physiques de résistance et de plasticité, sa tolérance biologique et sa possibilité de colonisation par les tissus [38]. Quant à la prothèse de Mersilène (Polyester), elle est de maniement plus difficile et exige un apprentissage plus long pour parvenir à une technique fiable d'où la réticence de certains opérateurs à son utilisation [4].

**Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G**

### 13. Morbidité et mortalité :

#### ◆ Morbidité :

##### • En peropératoire :

Nous avons enregistré une seule complication peropératoire soit 0,9% des cas. Il s'agissait d'une perforation iléale survenue au cours de l'adhésiolyse chez une patiente opérée pour éventration postopératoire. La résection anastomose a été réalisée à cet effet. Ce résultat est superposable à celui de Zaré C [35] qui a rapporté un cas de plaie iléale qui a nécessité une suture immédiate. Barchah MO [8] avait retrouvé 2 cas (2,9) de brèches de la séreuse grélique suturées en peropératoire (p=0,655815).

Des complications viscérales peropératoires ont été également rapportées par Bisgaard et al au Danemark [39]. Après la laparotomie, les phénomènes de cicatrisation aboutissent dans la plupart des cas à la formation des adhérences. Ces adhérences peuvent être de siège différent dont il parvient de libérer avec prudence au cours de l'intervention.

Cela expliquerait les lésions d'organe observées dans la cure des éventrations postopératoires.

##### • Postopératoires :

En postopératoire immédiat nous avons enregistré 3 cas (2,6%) de suppuration pariétale et 12 cas (10,3%) de seromes survenus chez des malades opérés pour éventrations postopératoires. Par contre les suites opératoires ont été simples dans 87,1% des cas. Pour les cas de suppuration pariétale, deux ont évolué favorablement sous l'action des soins locaux et l'administration d'antibiotique. Quant aux cas de sérome l'évolution a été favorable sous drainage.

Zaré C [35] avait trouvé 8 cas (47,1%) de seromes, 1 cas (5,9%) d'hématome et 1 cas (5,9%) d'infection pariétale superficielle. Sacko O [23] a rapporté 2 cas (4,4%) d'hématome et 2 cas (4,4%) de suppurations pariétales. Rohr S [40] avait enregistré comme complications postopératoires, la fistule enterocutanée,

l'absence de cicatrisation cutanée et l'abcès superficiel.

Dans cette étude aucun patient n'a présenté de complication postopératoire à court terme après cure prothétique pour hernie inguinale. Diop B [15] a rapporté des cas de suppurations pariétales sur prothèse après cure herniaire mais avec un taux faible soit 0,7%.

Les complications postopératoires après une cure prothétique résulteraient de la qualité du geste chirurgical, du type de prothèse utilisé et de son site d'implantation.

#### ◆ **Mortalité :**

Le taux de mortalité au cours de cette étude était nulle. Plusieurs auteurs avaient fait le même constat [8, 4, 35]. Cependant Bonnamy [41] a enregistré 0,6% de décès.

La mortalité dans le cadre du traitement d'éventration et de hernie est très faible voir même nulle, ce qui témoigne de la bénignité de ces pathologies. Elle serait due au terrain du patient et aux accidents peropératoires.

#### **14. Durée d'hospitalisation :**

Elle dépend des suites opératoires et de la voie d'abord. Au cours de cette étude, la durée moyenne d'hospitalisation était de  $4\pm 3,3$  jours avec des extrêmes de 2 et 10 jours. Barchah MO [8] avait trouvé une durée moyenne de  $2,6\pm 5,4$  jours ( $p=0,029402$ ). Ott V [4] avait retrouvé une durée moyenne de 10,4 jours.

La courte durée d'hospitalisation pourrait s'expliquer par l'absence de complications majeurs pouvant entraîner un long séjour hospitalier.

#### **15. Suivi postopératoire :**

Dans l'étude nous avons pu suivre 53,4% des malades dont l'évolution était bonne avec reprise normale des activités ; 44,8% des cas ont été perdus de vue.

Cependant, 1,7% des malades ont eu une récurrence dont un cas de hernie et un cas d'éventration postopératoire.

Barchah MO [8] avait trouvé : 55,7% de suites opératoires simples,

41,4% de malades perdus de vue et 2,9% de récurrence dans sa série portant sur les éviscérations postopératoires ( $p=0,995524$ ).

Soler [42] avait enregistré 7 cas (2,5%) de récurrence et Sacko O [9] rapportait 1,2% de récurrence après pariétoplastie prothétique pour hernie inguinale.

Les taux de récurrence après cure herniaire par prothèse varient en fonction des séries. En effet, il serait de 8 à 15% [4] contre 31 à 63% de récurrence en cas de cure par suture simple [43].



# **Conclusion et Recommandations**

## ◆ Conclusion :

Les hernies de la paroi sont des pathologies fréquentes en milieu chirurgical de même que les éventrations postopératoires. Plusieurs facteurs interviennent dans la genèse de ces pathologies. Leur diagnostic est essentiellement clinique. Leur traitement repose sur la chirurgie. Les techniques de réparations de la paroi abdominale étant nombreuses, le renforcement pariétal par matériel prothétique semble donné de bons résultats en terme de récurrence. Cependant, elle n'est pas indemne de complications dont certaines peuvent engendrer le pronostic vital. Pour minimiser ce risque, il existe de nos jours plusieurs types de prothèse de nature, de forme et de taille différente afin de répondre aux aspirations des chirurgiens.

## ◆ **Recommandations :**

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### ➤ **Aux autorités politiques :**

- la disponibilité et la subvention des prix des prothèses pariétales,
- la formation continue du personnel qualifié,
- la vulgarisation des techniques de cure de hernie et des éventration postopératoire par prothèse pariétale

### ➤ **Aux personnels socio-sanitaires :**

- le diagnostic et la prise en charge adéquate des hernies et des éventrations postopératoires,
- l'apprentissage des différentes techniques de pose de prothèse pariétale,
- la pérennisation du renfort prothétique pour les cas de hernies et d'éventrations postopératoires de grand diamètre et les cas de récurrences

### ➤ **A la population :**

la consultation d'un spécialiste dès les premiers symptômes de la maladie

# Références bibliographiques

## Références bibliographiques :

**1. Dictionnaire de médecine.** 7ed. Paris : Flammarion

Médecine – science ; 2008, p1158

**2. Dictionnaire de Médecine Flammarion.**

Paris 2001 7ème édition, page 341.

**3. Dictionnaire médical, du Dr Christian Thomsen.**

www.dictionnaire-medical.fr

**4. Ott V.** Cure d'éventration avec renforcement par un filet « Mersilène\* » en position préperitonéale.

Thèse de médecine 2003, p90, Genève

**5. Matheron L, Disset A, Navarro F, Partensky C.** Implants de réfection de paroi : lequel, dans quelle indication ? Analyse de la Commission d'évaluation des produits et prestations de la Haute Autorité de santé (HAS). Évaluation des implants de réfection de paroi.

Journal de Chirurgie. 1 oct 2009;146(5):449 57

**6. HAS Cned.** Implants de réfection de paroi : quel implant dans quelle

Indication ? 2008 nov.17. Gillion J-F, Palot J-P. Eventration

**7. Law-ki C, Ortega-DP.** Coût des réparation complexes de la paroi abdominale avec prothèse biologique dans un établissement public de santé en France

Journal de chirurgie viscérale 2108; 155(5) : p 355-360

**8. BARCHAH M. O.** La prothèse idéale pour cure d'éventration post-opératoire : étude rétrospective au service de chirurgie viscérale.

Thèse med, Maroc, 2017, n31, 155p

**9. O Sacko et col.** Utilisation de la prothèse pariétale dans la cure de hernie inguinale en chirurgie ouverte dans le service de chirurgie « A » du CHU du point-G. Etude de 83 observations.

J afr chir digest 2017; vol 17(1) : 2123 – 2126

**Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G**

**10. Luijendijk RW, Lemmen MH, Hop WC, Wereldsma JC.** Incisional hernia

recurrence following « vest-over-pants » or vertical Mayo repair of primary hernias of the midline. World J Surg. janv 1997;21(1):62-5; discussion 66.

**11. Péliissier E.** Traitement chirurgical des hernies inguinales par voie inguinale. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-110, 2000, 11 p.

**12. Lechaux JP, Lechaux D, Chevrel JP.** Traitement des éventrations de la paroi abdominale.

EMC-Chirurgie 2004; 144:40-165.

**13. Berrada S, K. El Mouatacim, B. Kadiri.** Réparations prothétiques des éventrations post-opératoires.

Médecine du Maghreb 1996;57:33-34

**14. Ogbuanya A. U-O, Nonyelum B. U.** Surgical repair of abdominal wall hernias in rural southeast Nigeria: Barriers, outcomes and opportunities for change.

International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery 2022;5(2):59-68

**15. Diop. B, Sall I, Sow O, Ba P A, Konaté I, Dieng M, Wilson E, Wane Y, Sarré SM.** Prise en Charge des Hernies Inguinales par Prothèse selon la Procédure De Lichtenstein: Une Étude de 267 Cas.

Health Sci. Dis: 2018;19 (1): 69-73

**16. Hamilton L, Jeffrey S, Bender.** Retrofascial mesh repair of ventral incisional hernias.

Am J Surg. 2005; 189:373-75.

**17. Park A, Birch DW, Lovrics P.** Laparoscopic and open incisional hernia repair : a comparison study.

Surgery 1998;124(4):816-21.

**18. N B Zinther.** The role of biomaterials in laparoscopic ventral hernia repair.

Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du  
Centre Hospitalier Universitaire du Point G

PhD thesis 2010.



**19. Diarra K.** Utilisation de la prothèse pariétale dans la cure de hernie  
inguinale

en chirurgie ouverte. Thèse méd, 2014, p98, Bamako

**20. Luijendijk RW, Lemmen MH, Hop WC, Wereldsma JC.** Incisional  
hernia

recurrence following « vest-over-pants » or vertical Mayo repair of primary  
hernias of the midline.

World J Surg. janv 1997;21(1):62-5; discussion 66.

**21. Méloux A, Escapoulade L, Riou S, Palot J, Renard Y, Hettler D, et al.**

Etat des lieux sur l'utilisation des prothèses biologiques Strattice® depuis leur  
référencement sur le chu dans le traitement des cas complexes d'éventrations.

Hopipharm, Rems,2015; Post 76

**22. Benoit L, Arnal E, Goudet P, Cougard P.** La cure des éventrations  
médianes selon la technique d'autoplastie de Lazaro da Silva.

Ann Chir 2000 ; 125 : 850-5.

**23. O Sacko et col.** Cure prothétique des éventrations de la paroi abdominale  
post-opératoires dans le service de chirurgie « A » du CHU du point-G.

J afr chir digest 2014; vol 14(2) : 1745 – 1748

**24. Lechaux JP, Lechaux D, Chevrel JP.** Traitement des éventrations de la  
paroi abdominale.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales-appareil digestif,  
2004, 14p, 40-165.

**25. Matapurkar BG, Gupta AK, Agarwal AK.** A new technique of Marlex-  
Peritoneal Sandwich in the repair of large incisional hernias.

World J Surg; 1991;15 768-70

**26. Dietz UA, Hamelmann W, Winkler MS, Debus ES, Malafaia O, Czecko  
NG, Thiede A, Kuhfuss I.** An alternative classification of incisional hernias  
enlisting morphology, body type and risk factors in the assessment of prognosis

and tailoring of surgical technique.

J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007;60(4):383-8

- 27. Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut, Pourcher J, Hennet H, Habib E, Veyrieres M, Flamant Y and the French Association for Surgical Research.** Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard.  
Ann Surg 1995;6(222):719-27
- 28. Diao ML et al.** La cure par prothèse des éventrations abdominales : à propos de 15 cas  
Rev Afr Chir Spéc 2012, n003, 5-7
- 29. Grantcharov TP, Rosenberg J.** Vertical compared With transverse incisions in abdominal surgery.  
Eur J Surg 2001; 167: 260-7
- 30. Ouattara T.** Eventration post opératoire dans le service de chirurgie générale  
de l'hôpital de Sikasso.  
Thèse med, Bamako, 2013, n 288, 110p.
- 31. Abourrig A.** Les éventrations postopératoires au CHU Mohamed VI Marrakech (A propos de 103 cas). Université Cadi Ayyad Maroc. 2009, N°98 : 107p.
- 32. Chastan P.** Cure de hernie inguinale par patch prothétique pré-musculaire.  
Video-Review of Surgery 1996;5(18) : 24-27.
- 33. Isaac A Udo, Emem A Bassey, Aniekan M Abasiattai.** Early outcome of incisional hernia repair using polypropylene mesh: A preliminary report  
Nigerian medical journal (nmj), 2014, 55, 4, 333-337
- 34. Elion Ossibi P et al.** Prise en charge des hernies inguinales par prothèse selon la technique de Lichtenstein  
Journal of Medicine and Biomedical Sciences, 2021,22(12), 35-39
- 35. Zaré Cyprien et col.** Traitement chirurgical des éventrations abdominales avec pose de prothèse : expérience à Court terme du CHU Yalgado Ouédraogo

European Scientific Journal December 2017 edition Vol.13, No.36 ISSN: 1857  
– 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431

**36. Karthikesalingam A, Markar SR, Holt PJ, et al.** Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia.

Br J Surg 2010;97:4-11.

**37. Bouillot J.-L, Pogoshian T, Corigliano N, Canard G, Veyrie N.** Traitement des volumineuses éventrations abdominales.

Journal de Chirurgie Viscérale 2012; 149:55—61.

**38. Meyer C, Alexiou D, Calderoli H.** Les matériaux de synthèse dans la cure des grandes éventrations abdominales, enseignement à propos de 73 observations.

Ann Chir 1997;31 : 221-8.

**39. Bisgaard T, Kehlet H, Bay-Nielsen MB, et al.** Nationwide study of early outcomes after incisional hernia repair.

Br J Surg 2009;96:1452-7.

**40. Rohr. S, Arnaud JP, Mathonnet M, Bouvier S, Desrousseaux B, Baulieux J.** Le traitement d'éventrations abdominales employant une prothèse Parietex® composite (164).

J chir v 2010 ; 147, (4) 1 :14-5

**41. Bonnamy C, Samama G, Brefort Y, Le Roux G, Langlois.**

Résultats à long terme du traitement des éventrations par prothèse non résorbable intrapéritonéale (149 cas).

Ann Chir 1999 ; 53 :571-6.

**42. Soler M, Vurhaeghel P, Essomba A, Sevestre H, Stoppa R.**

Treatment of postoperative incisional hernias by a composite prosthesis (polyester, polglac lin 910). Clinic al and experimental study.

Ann.chir 1993; 47(7): 598-608.

**43. Sangaré D, Soumaré S, Cissé MA.** La prothèse de Mersilène au MALI.

Med. Afrique. Noire 1991;38:1-3

# Annexes

## Annexes :

### Fiche d'enquête :

**N° De la fiche d'enquête :** ...../...../

**N° Du dossier du malade :** ...../...../

#### I-Données administratives :

**1- Nom et Prénom du malade :** .....

**2- Age :** 1. 15-29ans    2. 30-44ans    3. 45-59ans    4. 60 et plus

**3- Sexe :** 1. Masculin                      2. Féminin

**4- Profession :** ...../...../

1. Ouvriers            2. Fonctionnaires            3. Ménagère    4. Cultivateur  
5. Elève/Etudiant    6. Si autre à préciser

#### 5- Provenance

1. Région                      2. Bamako

**6- Ethnie :** ...../...../

1. Bambara            2. Malinké            3. Sénoufo/Minianka            4. Sarakolé            5.  
Peulh

6. Bobo            7. Sorhaï            8. Dogon            9. Si autre à préciser

**7- Nationalité :** ...../...../

1.Malienne                      2. Si autre à préciser

**II. Mode de recrutement :**...../...../

1. Consultation externe            2. Urgence

#### III-Antécédents (ATCD) :

**1- Médicaux :** ...../...../

1. Diabète            2. Hypertension artérielle            3. Drépanocytose            4.  
Asthme

5. Tuberculose            6. Bilharziose            7. Si autre à préciser

**2- Chirurgicaux :** ...../...../

1. Laparotomie                      2. Coelioscopie                      3. Inguinotomie

4. Autre à préciser

**3- Gynéco-Obstétrique :**

1. Nombre de grossesse :...../..// 2- Nombre d'accouchement  
:...../.../

3. Ménopause

**IV. Données cliniques**

**1- Motif de consultation:...../...../**

1. Tuméfaction inguinale 2. Tuméfaction en regard de la cicatrice  
d'intervention

3. Tuméfaction médiane sus et/ou sous ombilicale

**2- Siège de la hernie :...../...../**

1. Droite 2. Gauche 3. Bilatérale 4. Médiane sus ombilicale 5.  
Médiane sous ombilicale

6. si autre à préciser

**3- Siège de l'éventration :**

1. Sous ombilicale 2. Sus ombilicale 3. Sus et sous  
ombilicale 4. Lombaire 5. Fosse iliaque 6. Autres à préciser

**4- Durée d'évolution de la maladie : ...../...../**

1. 3 mois 2. 6 mois 3. 12 mois 4. > 12 mois 5. Si autre à  
préciser

**5- Signes associés :**

**1- Douleur : ...../...../**

1. Aucune 2. Permanente 3. Intermittente 4. Si autre à  
préciser

**2- Complications :...../...../**

1. Engouement 2. Etranglement 3. Absente

**3- Trouble du transit intestinal (constipation chronique) :**

...../..//

1. Absent 2. < à 3 jours 3. > à 3 jours 4. Si autre à préciser

**4- Trouble respiratoire :** ...../.../

1. Bronchopneumopathie chronique 2. Dyspnée 3. Toux 4. Si autre à préciser

**5- Trouble urinaire (dysurie)**...../.../

1. Présente 2. Absente

**V- Facteurs favorisants :** ...../.../

1. Constipation chronique 2. Bronchopathie chronique (toux) 3. Activité physique (sport+++)  
4. Sténose urétérale 5. Adénome de la prostate 6. Congénital 7. Obésité 8. Antécédent de chirurgie  
9. Infection de la paroi 10. Si autre à préciser

**VI- Habitude alimentaire :** ...../.../

1. Céréales 2. Légumes 3. Fruits 4. Tubercules 5. Poissons  
6. Viande  
7. Tabac 8. Cola 9. Café 10. Thé 11. Alcool 12. Si autre à préciser

**VII- Examen du malade :**

**1- Etat du malade :**

1. OMS 1 2. OMS 2 3. OMS 3 4. OMS 4

**2- Signes généraux :**

Taille: .....m poids : .....kg indice de masse corporelle (IMC):.....Kg/m

Tension artérielle(TA): .....mm Hg Pouls : pulsation mn Température : .... °c

Pâleur: ..... /.../ 1.oui 2.non

**3- Signes physiques :**

**\* Abdomen :**

**1- Inspection (debout et coucher) :**

**1-1- Siège de la tuméfaction :** ...../...../

1. Inguinal 2. Ombilical 3. Fosse iliaque 4. Sous ombilical  
5. Sus ombilical 6. Sus et sous ombilical 7. Lombaire





5. Taux de prothrombine/...../      6. Temps de céphaline  
kaolin/...../      7. Glycémie/...../      8.  
Créatininémie/...../      9. Ionogramme/...../

**2- Imagerie :**

1.  
Radiographie :.....  
.....

1. Oui                                  2. Non

2. Ecographie  
abdominopelvienne :.....  
.....

1. Oui                                  2. Non

3. Scanner  
abdominopelvien :.....  
.....

1. Oui                                  2. Non

4. Si autre à  
préciser :.....  
.....

**IX- Prothèse :...../...../**

**a-Types**

1. Polyester (Mersilène\*, Dacron\*)      2. Polypropylène (Marlex\*)      3. Si  
autre à préciser

**b- Difficultés liées à l'usage**

1. Disponibilité :  
                            1. Interne                                  2. Externe

2. Accessibilité :  
                            1. Facile    2. Difficile

3. Coût :  
                            1. Elevé    2. Moindre

**3-Consultation d'anesthésie : ...../...../**

a- Classification ASA : ...../...../

1. ASA 1    2. ASA 2    3. ASA 3

**b-Type d'anesthésie réalisé :** ...../...../

1. Locale            2. Rachianesthésie            3. Péridurale            4. Anesthésie  
générale

**X- Traitement :**

**a-Antibioprophylaxie**

1. Oui                                  2. Non  
3. Si oui le type

**b- Technique opératoire :** ...../...../

1. LICHTENSTEIN            2. Stoppa            3. Retromusculaire préfascial    4.  
Prépéritonéal sans drainage    5. Si autre à préciser

**c- Complication per opératoire :** ...../...../

1. Lésion vasculaire    2. Lésion nerveuse    3. Lésion intestinale    4.  
Lésion vésicale            5. Lésions du cordon spermatique    6. Lésion du  
ligament rond    7. Syndrome de compartiment    8. Si autre à préciser

**d. Durée de l'intervention :** ...../...../

1. 15-30mn            2. 30-45mn            3. 45-60mn            4. 60-75mn            5.  
75-90mn  
6. 90-105mn            7. 105-120mn            8. Plus de 120mn

**F- Durée d'hospitalisation :** ...../...../

**XI- Types de complications post opératoire :**

**1- Immédiates :** ...../...../

1. Hématome            2. Douleur            3. Infection (suppuration pariétale)  
4. Hémorragie  
5. Péritonite post-opératoire            6. Si autre à préciser

**2- Long terme :** ...../...../

1. Retard de cicatrisation            2. Granulome sur fil            3. Névralgie résiduelle  
4. Atrophie testiculaire            5. Rejet du matériel (prothèse)            6. Chéloïde            7.  
Récidive            8. Si autre à préciser.

**3- Prise en charge de la complication...../...../**

**XII- Catégorie d'hospitalisation :**

1. 1<sup>ère</sup> catégorie
2. 2<sup>e</sup> catégorie
3. 3<sup>e</sup> catégorie

**XIII- Mode de suivi après mise en place de la prothèse**

:...../.../

**a- A 1 mois :** ...../.../

1. Bon
2. Infection résiduelle
3. Récidive
4. Névralgie
5. Si autre à préciser

**b- A 3 mois :**

...../.../

1. Bon
2. Infection résiduelle
3. Récidive
4. Névralgie
5. Si autre à préciser

**c- A 6 mois :** ...../.../

1. Bon
2. Infection résiduelle
3. Récidive
4. Névralgie
5. Si autre à préciser

**d- A 1 an :**

...../.../

1. Bon
2. Infection résiduelle
3. Récidive
4. Névralgie
5. Si autre à préciser

## Iconographie



**Eventration postopératoire iliaque droite**

**Chirurgie « A », CHU du Point G, 2022**



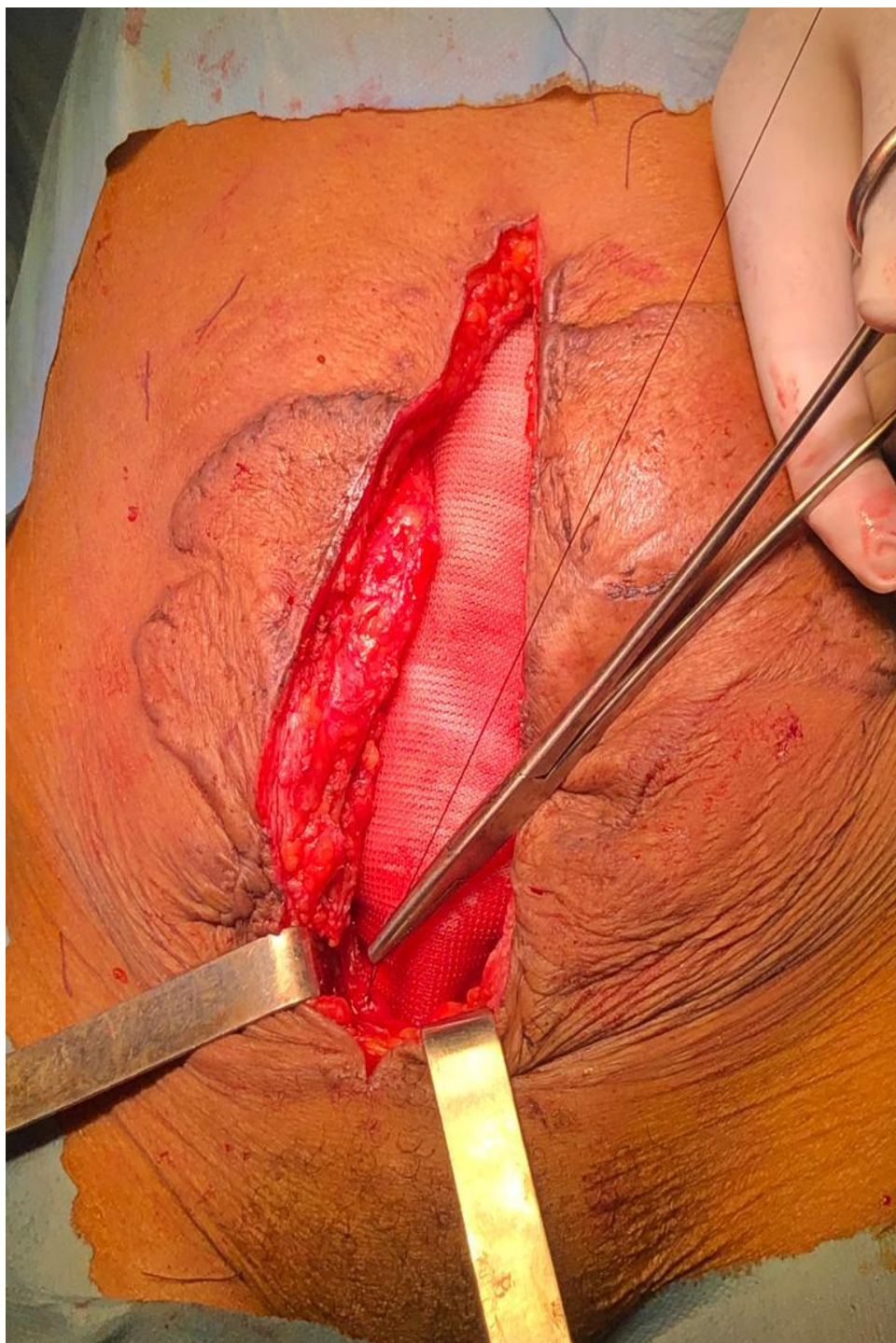
**Eventration postopératoire lombaire gauche**

**Chirurgie « A », CHU du Point G, 2022**

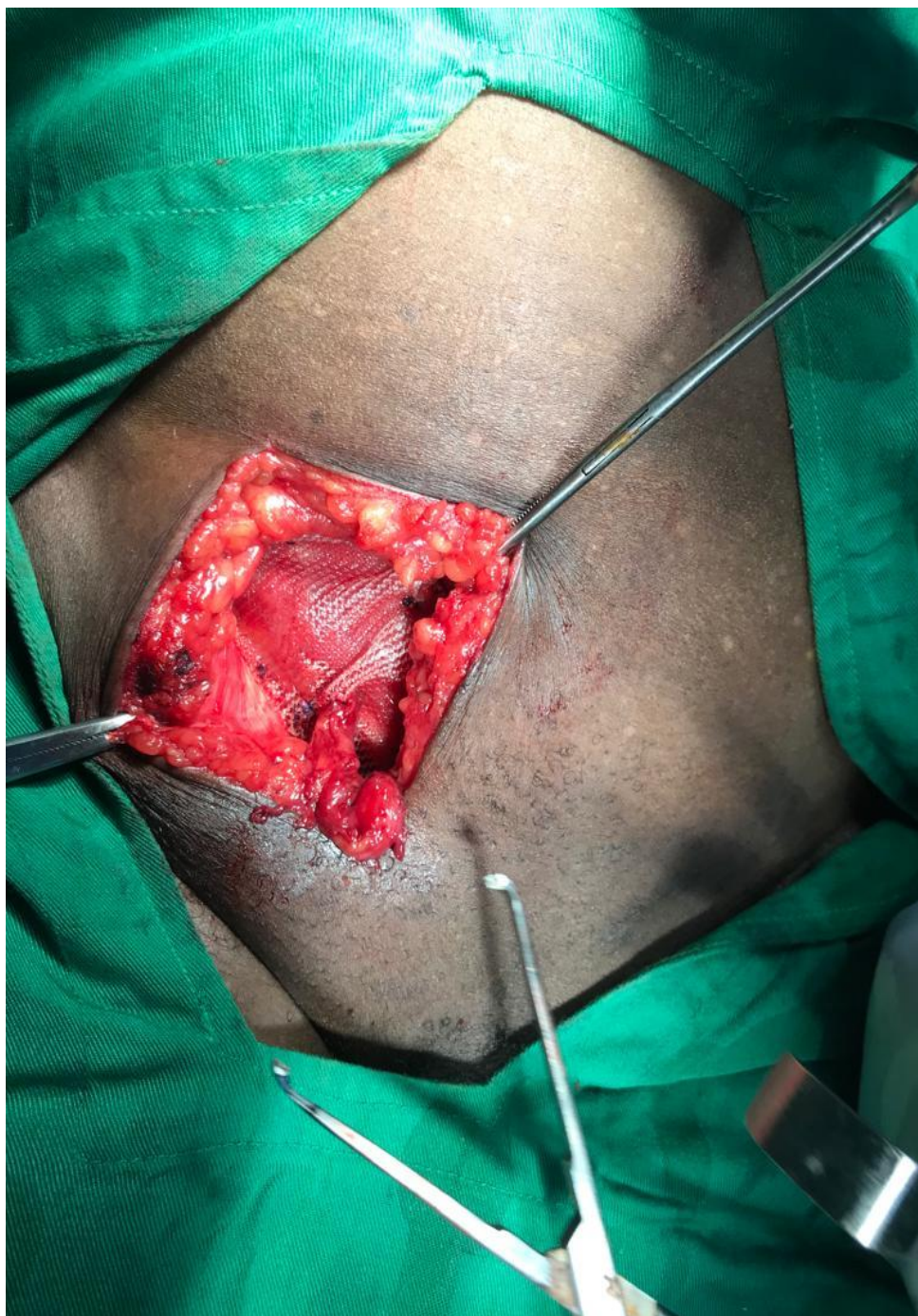


**Eventration postopératoire sous ombilicale**

**Chirurgie « A », CHU du Point G, 2022**



**Prothèse retromusculaire pour éventration médiane**  
**Chirurgie « A », CHU du Point G, 2022**



**Cure de hernie inguinale droite par prothèse**

**Chirurgie « A », CHU du Point G, 2021**

## Fiche signalétique :

**Nom :** TRAORE

**Prénom :** Siaka

**Titre du mémoire :** Utilisation des prothèses dans les pathologies pariétales en Chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

**Année :** 2022

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque (FMOS)

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie générale

### Résumé :

**Objectif :** –Le but de ce travail était de déterminer les différentes indications de la cure par prothèse pariétale, d'identifier les difficultés liées à son utilisation et d'analyser les résultats du traitement en service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

**Patients et Méthode :** – Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective allant du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2021 et prospective du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 juin 2022 réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G.

**Résultats :** – Cent-seize dossiers médicaux ont été colligés. La réfection pariétale par matériel prothétique a représenté 2,4% de l'activité chirurgicale. L'âge moyen des patients était 50.7±45.32 avec des extrêmes de 15 et 89 ans. Les patients étaient de sexe masculin dans 57.8% des cas. La tuméfaction en regard de la cicatrice opératoire était le motif de consultation dans 48.3% des cas. Les EPO étaient survenues après la laparotomie pour des pathologies digestives dans 60% des cas. La hernie siégeait dans la région inguinale droite dans 44.1% des cas. L'éventration siégeait en sus et sous ombilicale dans 38.6% des cas. La hernie était récidivée dans 22% des cas et l'éventration dans 15.8% des cas. Le diamètre du collet était inférieur à 5 cm dans 86.4% des cas de hernie et dans 63.2% des cas d'éventration. L'indication opératoire était représentée par les éventrations postopératoires dans 49.1% des cas. Le coût de la prothèse était jugé élevé dans 49.1% des cas. Le polypropylène était le type de prothèse le plus utilisé soit 97.4% des cas. Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 87.1% des cas. La mortalité a été nulle. Le taux de récurrence dans les suites opératoires à long terme était de 1,7%.

### Conclusion :

La pariétoplastie prothétique est le gold standard dans la prise en charge des récurrences herniaires et des éventrations à grand diamètre. Elle est donc à privilégier.

**Mots-clés :** Chirurgie, Prothèse pariétale, Hernie, Eventration.