

Eventrations périnéales : diagnostic, prise en charge, prévention

Perineal Hernias: Diagnosis, Management, Prevention

F Drissi [1], E Duchalais [1], A Venara [2], G Meurette [1], PA Lehur [1]

1. Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne - Institut des maladies de l'appareil digestif (IMAD) - CHU de Nantes - 1, place Alexis Ricordeau - 44093 Nantes Cedex 1.

2. Service de chirurgie viscérale et endocrinienne - CHU d'Angers - 4, rue Larrey - 49933 Angers Cedex 9.

Mots clés

- ◆ Événement périnéale
- ◆ Amputation abdomino-périnéale
- ◆ Réparation prothétique
- ◆ Lambeau musculaire

Résumé

L'événement périnéale (EP), définie par l'issue du contenu intrapéritonéal au travers d'un défaut du plancher pelvien, est une complication survenant dans 0.6 à 7 % des cas après amputation abdomino-périnéale ou exentération pelvienne. L'augmentation des procédures de résections extralévatoriennes pourrait augmenter ce taux. Divers facteurs de risque ont été identifiés et doivent être connus afin de prévenir la survenue d'une telle complication.

Sur le plan clinique, l'EP symptomatique se manifeste sous la forme d'une tuméfaction périnéale, impulsive à la toux et extériorisée lors des efforts de poussée. Une sensation de pensateur pelvienne et des signes urinaires accompagnent parfois la symptomatologie. Le bilan d'imagerie comporte un scanner abdomino-pelvien, à la fois diagnostique et recherchant des signes en faveur d'une récurrence tumorale. L'IRM pelvienne permet une analyse plus fine du plancher pelvien ainsi que la recherche de troubles de la statique pelvienne associés.

Les EP symptomatiques nécessitent un traitement chirurgical. Le choix de la voie d'abord (abdominale, périnéale ou combinée) ainsi que du type de réparation pelvienne (prothétique ou par lambeau musculaire) est laissé à l'appréciation de l'opérateur. Les données actuelles de la littérature ne permettent pas de favoriser une attitude en particulier, chacune présentant des avantages et des inconvénients.

Keywords

- ◆ Perineal hernia
- ◆ Abdominoperineal resection
- ◆ Prosthetic repair
- ◆ Muscular flaps

Abstract

Perineal hernias are a rare complication occurring after abdominoperineal resection or pelvic exenteration. Their incidence is estimated to be ranged between 0.6 and 7% but the increasing use of extralevatorian resections could enhance these rates. Risk factors of post-operative perineal hernias should be known in order to prevent the occurrence of such a complication.

Perineal hernia is expressed as a perineal swelling, sometimes painful along with urinary dysfunction. Clinical examination may look for signs of tumor recurrence. An abdominal CT scan and a pelvic MRI allow to diagnose perineal hernia and to precise its characteristics in order to guide the surgical management.

Symptomatic perineal hernias must be treated surgically. However, the surgical strategy is still debated. Abdominal approach, perineal approach or the use of both are available. Also, the type of perineal reconstruction, with mesh or muscular flaps, remains discussed as the literature does not address this issue.

L'événement périnéale (EP) est définie par l'issue du contenu intrapéritonéal au travers d'un défaut du plancher pelvien. Cette complication est majoritairement rencontrée dans les suites de procédures chirurgicales d'exérèse pelvienne majeure à type d'amputation abdomino-périnéale (AAP) ou d'exentération pelvienne.

Les EP doivent être différenciées des hernies périnéales primitives (Fig.1) plus fréquemment rencontrées chez la femme âgée au périnée hypotonique ou alors dans un contexte de hernie congénitale rare.

S'il semble acquis qu'une prise en charge chirurgicale des formes symptomatiques est nécessaire, la voie d'abord ainsi que la technique de réparation du défaut pariétal restent débattus. La prévention d'une telle complication, tenant compte des facteurs de risque liés au patient et à l'intervention, doit être rigoureusement mise en place.

Incidence

Dans la littérature, l'EP est décrite à un âge moyen de 70 ans dans une population majoritairement féminine avec un sex-ratio de 3/5. Elle se manifeste habituellement au cours de l'année qui suit l'intervention. L'incidence de cette complication était jusqu'alors estimée entre 0.6 et 7 % dans les suites d'une AAP ou d'une exentération pelvienne (1). Plus récemment, les techniques chirurgicales d'amputation du rectum ont évolué vers des résections élargies, extra-lévatoriennes, dont le but est d'augmenter les marges de sécurité carcinologiques et de diminuer le risque de perforation tumorale peropératoire (2). Ces exérèses sont pourvoyeuses de défauts du plancher pelvien plus importants et ainsi le taux d'EP consécutif a été estimé à 26 % dans une étude récente (3).

Correspondance :

Professeur Paul-Antoine Lehur, Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne

Institut des maladies de l'appareil digestif (IMAD) - CHU de Nantes - 1, place Alexis Ricordeau - 44093 Nantes Cedex 1.

E-mail : paulantoine.lehur@chu-nantes.fr

Disponible en ligne sur www.acad-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2017 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2017.2.065

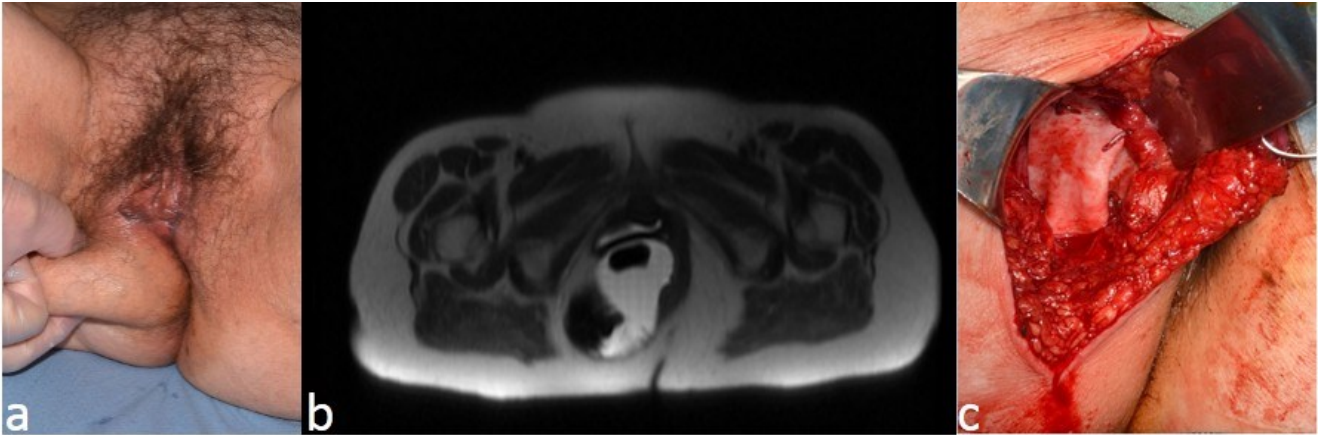


Figure 1. Patiente de 69 ans présentant une hernie périnéale du rectum. Antécédents de 2 accouchements par voie basse non traumatique. Tuméfaction latéro-ale droite extériorisée aux efforts de poussée (a). IRM pelvienne : hernie périnéale extériorisée dans la fosse ischio-anale droite à contenu rectal (b). Récidive à 3 ans d'une intervention de suspension rectovaginale par voie abdominale. Reprise chirurgicale par voie périnéale pour résection de la recto-cèle latérale et réparation du défaut pariétal par mise en place d'une prothèse biologique (c).

Facteurs de risque

Les facteurs de risque associés à la survenue d'une EP ont été largement étudiés (4). Les facteurs liés au terrain identifiés sont le sexe féminin, le tabagisme, la corticothérapie au long cours, les antécédents d'hystérectomie, l'obésité et la dénutrition. De même, la responsabilité de la radio-chimiothérapie préopératoire, des facteurs anatomiques comme la longueur excessive du mésentère, des facteurs liés à la présence d'une tumeur localement évoluée, infectée ou fistulisée ont été incriminés dans la survenue d'une telle complication. Sur le plan chirurgical, la non-fermeture du péritoine pelvien et du

périnée, la coccygectomie et la survenue d'une infection du site opératoire favorisent le développement secondaire d'une EP. De manière plus marginale, l'épiploplastie de comblement pelvien trop importante serait un facteur causal potentiel (Fig.2).

Diagnostic

Le diagnostic positif de l'EP reste majoritairement clinique et rattaché aux antécédents chirurgicaux. Bien que la plupart de celles-ci soient asymptomatiques, elles doivent être active-



Figure 2. Événtration périnéale postérieure. IRM pelvienne en coupe sagittale objectivant une hernie périnéale avec important comblement pelvien à contenu épiploïque.



Figure 3. Événtration périnéale. Tuméfaction périnéale impulsive à la toux. Examen clinique étudiant les caractéristiques de l'événtration (contenu, réductibilité, état cutané).

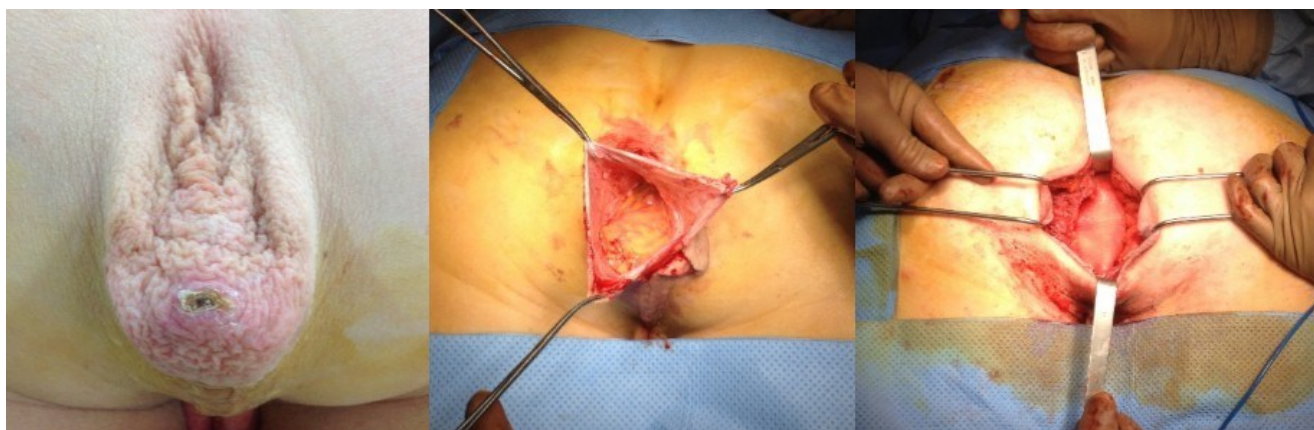


Figure 4. Patiente de 54 ans présentant une éventration périnéale. Antécédent de radiochimiothérapie et amputation abdomino-périnéale (épiploplastie, fermeture du péritoine pelvien et périnéale primitive sans myorraphie) pour carcinome épidermoïde de l'anus, il y a 4 ans. Pas de récurrence tumorale. Réparation par voie périnéale avec mise en place d'une prothèse biologique.

ment recherchées lors de l'examen post-opératoire des patients. L'EP symptomatique se manifeste classiquement par une tuméfaction périnéale, impulsive à la toux et volontiers extériorisée lors des efforts de poussée abdominale (Fig.3). Une sensation de pesanteur pelvienne accompagne cette symptomatologie. Des signes urinaires à type de dysurie, pollakiurie ou infections urinaires récurrentes peuvent s'associer.

L'examen clinique du patient s'attachera à évaluer localement les caractéristiques de la tuméfaction (contenu, réductibilité, état cutané) ainsi que la trophicité périnéale et la recherche de troubles de la statique pelvienne associés. La paroi abdominale antérieure sera également inspectée à la recherche d'une éventration. Tout signe de récurrence de la pathologie tumorale doit être recherché. Le bilan clinique doit ensuite être complété par un bilan radiologique. Le scanner abdomino-pelvien et l'IRM pelvienne constituent les deux examens d'imagerie de référence dans ce contexte. Le scanner abdomino-pelvien, avec injection de produit de contraste et opacification digestive, authentifie l'EP en précisant le contenu du sac herniaire, le rapport avec les organes de voisinage et permet de rechercher des arguments en faveur d'une récurrence tumorale. L'IRM pelvienne permet une analyse plus fine de l'appareil musculaire du plancher pelvien et, par conséquent, oriente la stratégie de réparation périnéale. D'autres troubles de la statique pelvienne associés peuvent également être dépistés à l'aide de cet examen.

Traitement

La prise en charge des EP symptomatiques est chirurgicale (Fig.4). La stratégie chirurgicale à adopter dépend de l'état général du patient, de l'évolution oncologique, de l'importance du défaut musculaire et de l'état septique local potentiel. A partir de ces considérations, deux questions doivent être soulevées : celle de la voie d'abord chirurgicale, mais aussi celle de la modalité de réparation du défaut périnéal.

Voie d'abord

La voie d'abord peut être abdominale ou périnéale. Un abord combiné est également possible. Chaque stratégie présente des avantages et des inconvénients notamment en rapport avec l'exposition de la zone opératoire et la mise en place potentielle d'un renfort prothétique ou musculaire (Tableau 1). L'approche laparoscopique représente une alternative mini-invasive chez des patients sélectionnés. A la lumière de ces éléments, le choix est laissé à l'opérateur d'adopter l'une ou l'autre de ces stratégies. En effet, les données actuelles de la littérature ne permettent pas de favoriser une approche plutôt qu'une autre (4). Schématiquement, la voie d'abord abdominale peut être proposée en présence d'une récurrence, d'un périnée cicatriciel ou irradié ou alors en cas d'éventration de la paroi abdominale antérieure concomitante, dont la réparation sera assurée lors de la fermeture pariétale. L'abord périnéal semble préférable dans le cas d'un abdomen multi-opéré, évitant ainsi une viscérolyse extensive, et indispensable si une réparation par lambeau musculaire est envisagée.

Modalité de réparation

La méthode de réparation optimale du défaut périnéal fait débat. Il apparaît assez clairement que l'utilisation d'un renfort prothétique diminue le risque de récurrence de la pathologie herniaire (5). Toutefois, il n'existe pas d'arguments forts dans la littérature en faveur de l'utilisation d'un matériel prothétique en particulier. En l'absence de sepsis pelvien ou de contamination per-opératoire, la mise en place d'un renfort prothétique non résorbable reste la modalité de réparation périnéale privilégiée. A l'inverse, en situation septique, l'utilisation de matériel prothétique biologique semble plus raisonnable. Le recours croissant aux prothèses biologiques, qui réduit le risque théorique d'infection du site opératoire, ne fait cependant pas l'unanimité dans cette indication. Une étude récente retrouve un taux de récurrence de 47 % après

| | Voie abdominale | Voie périnéale |
|---|---|--|
| + | <ul style="list-style-type: none"> - Bonne exposition de la zone opératoire - Diagnostic d'une récurrence méconnue - Confection d'une épiploplastie - Mise en place d'une prothèse avec fixation sur le sacrum et le pelvis - Evite l'abord d'un périnée cicatriciel | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de viscérolyse importante - Réparation par myorraphie simple ou lambeaux musculaires possible - Excision du sac herniaire et fermeture péritonéale |
| - | <ul style="list-style-type: none"> - Viscérolyse parfois étendue et difficile - Pas de lambeaux musculaires | <ul style="list-style-type: none"> - Exposition limitée du pelvis - Pose de prothèse plus délicate |

Tableau 1. Avantages et inconvénients des voies d'abord abdominal et périnéal pour la cure d'éventration périnéale.

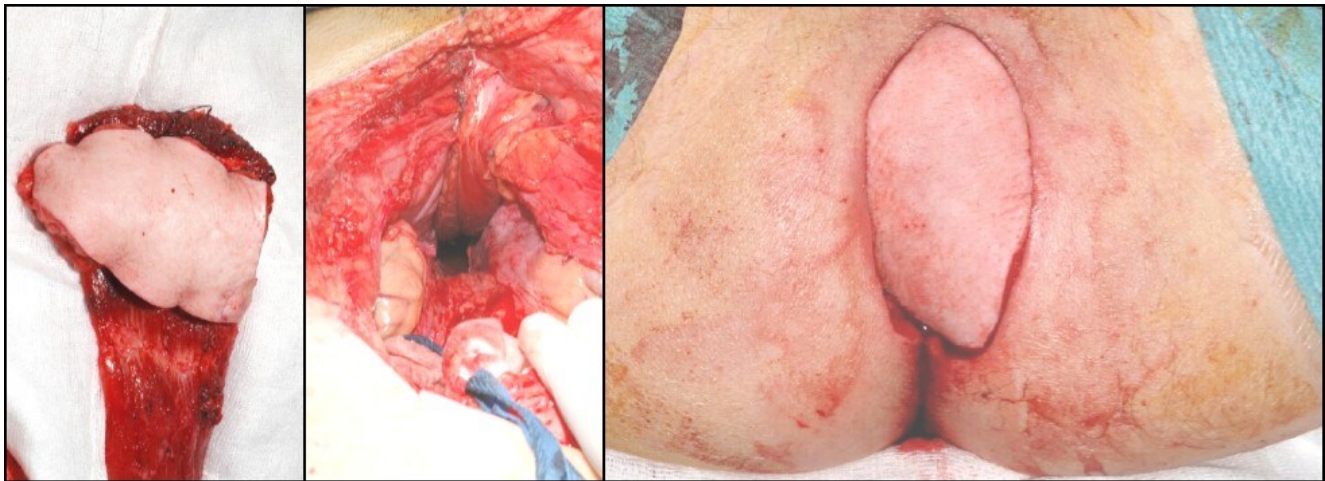


Figure 5. Reconstruction périnéale par lambeau musculaire de muscle droit de l'abdomen.

mise en place de prothèse biologique (6). Aucune étude comparative n'a évalué les résultats des prothèses synthétiques et biologiques dans la cure des éventrations périnéales.

En cas de contamination septique locale ou de périnée irradié, l'utilisation de matériel prothétique est remise en cause. La réalisation de lambeaux musculaires représente alors une alternative de choix (Fig.5) (7). Le lambeau de muscle droit de l'abdomen représente l'option première, notamment après abord abdominal où celui-ci pourra être prélevé avant l'exposition de la région périnéale. L'apport d'un tissu de bonne qualité permettra un comblement optimal du défaut périnéal, notamment si celui-ci est de grande taille. D'autres lambeaux musculaires ou musculo-cutanés peuvent également être utilisés (muscle grand fessier, gracile, fascia lata).

De même, en termes de prévention de l'EP, outre le contrôle péri-opératoire des facteurs de risque liés au patient, il semble que la réalisation d'un lambeau musculaire de comblement, après radiothérapie pelvienne et AAP, permette de diminuer le risque de complications cicatricielles (8,9).

Conclusion

L'éventration périnéale représente une complication rare, survenant classiquement après chirurgie d'exérèse pelvienne majeure, et constitue une pathologie complexe de la paroi inférieure de l'abdomen. Un bilan clinique et radiologique rigoureux mène à l'établissement de la stratégie de prise en charge chirurgicale. Le rationnel de la voie d'abord abdominale ou périnéale ainsi que l'utilisation d'un type particulier de renfort pariétal restent débattus. La prévention d'une telle complication demeure fondamentale.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Discussion en séance

Question de P Breil

Avez-vous constaté des apparitions secondaires après cure d'éventration médiane ?

Réponse

Effectivement, la cure d'éventration médiane de la paroi abdominale antérieure modifie la répartition de la pression intra-abdominale qui se retrouve alors redistribuée au niveau du pelvis et risque de provoquer une éventration périnéale secondaire lorsque l'on est dans un contexte d'amputation abdomino-périnéale.

Références

1. Aboian E, Winter DC, Metcalf DR, Wolff BG. Perineal hernia after proctectomy: prevalence, risks, and management. *Dis Colon Rectum*. 2006; 49:1564-68.
2. Holm T, Ljung A, Häggmark T, et al. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg*. 2007; 94:232-8.
3. Sayers AE, Patel RK, Hunter IA. Perineal hernia formation following extralevator abdominoperineal excision. *Colorectal Dis*. 2015; 17:351-5.
4. Narang SK, Alam NN, Köckerling F, et al. Repair of Perineal Hernia Following Abdominoperineal Excision with Biological Mesh: A Systematic Review. *Front Surg*. 2016; 3:49.
5. Mjoli M, Sloothaak DA, Buskens CJ, et al. Perineal hernia repair after abdominoperineal resection: a pooled analysis. *Colorectal Dis*. 2012; 14:400-6.
6. Musters GD, Lapid O, Stoker J, et al. Is there a place for a biological mesh in perineal hernia repair? *Hernia*. 2016; 20:747-54.
7. Pörnczi B, Varga G, Bursics A. Gracilis muscle repair of a postoperative perineal hernia. *Tech Coloproctology*. 2006; 10:364-5.
8. Chessin DB, Hartley J, Cohen AM, et al. Rectus flap reconstruction decreases perineal wound complications after pelvic chemoradiation and surgery: a cohort study. *Ann Surg Oncol*. 2005; 12:104-10.
9. Devulapalli C, Jia Wei AT, DiBiagio JR, et al. Primary versus Flap Closure of Perineal Defects following Oncologic Resection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2016; 137:1602-13.