

Comment fermer une laparotomie en 2020 pour éviter une éventration

Yohann RENARD

Résumé

L'éventration abdominale, ou hernie incisionnelle, est une complication fréquente de la chirurgie digestive. Son incidence varie entre 11 et 23 %, avec des chiffres très variables en fonction des séries.

Les résultats décevants et l'impact économique de sa cure sont des enjeux qui justifient largement de prévenir l'apparition d'une éventration. Toutes les spécialités intervenant sur la paroi abdominale sont concernées.

De nombreux facteurs prédictifs de survenu d'éventration ont été identifiés, parmi lesquels des facteurs modifiables bien connus tels que le diabète, le tabac ou l'obésité. Mais la technique de fermeture est certainement le facteur le plus simple à corriger pour minimiser le risque d'éventration post-opératoire.

Depuis 1976, plusieurs études se sont penchées sur ce point précis, amenant l'EHS (European Hernia Society) à diffuser en 2015 des recommandations de bonne pratique pour la fermeture de la paroi abdominale. Depuis 2015, plusieurs revues de la littérature et méta-analyses ont été publiées afin de confirmer ces recommandations qui devront bientôt être mise à jour. Les points techniques précis concernent le type de fil à utiliser (lentement résorbable), le recours au surjet (à préférer) ou aux points séparés, le pas et la prise (les plus courts possible) lors de la suture, le nombre de plans à suturer (un seul à préférer), l'intérêt des fils imprégnés (non démontré), la suture sous tension ou la taille du fil. Ces points techniques simples sont encore peu connus des chirurgiens généraux et méritent d'être diffusés.

Enfin, en 1998, Pans et al. ont publié une étude princeps utilisant une prothèse synthétique prophylactique lors de la fermeture d'une laparotomie, afin de minimiser le risque de survenue d'éventration. Depuis cette date, de nombreux essais randomisés et 5 méta-analyses ont étudié cette stratégie. Une des limites consiste en la définition des populations à risque qui pourraient bénéficier d'une prothèse préventive (ce qui n'est démontré pour le moment qu'aux patients opérés de l'aorte abdominale, les patients obèses et certainement ceux opérés pour cancer colo-rectal). Par ailleurs, les études réalisées sont très hétérogènes en terme de position de prothèse (rétromusculaire, pré-péritonéale et pré-musculaire notamment) et de type prothétique rendant difficile de formuler, à ce jour, des recommandations très solides.