



EPIPLOCELE NECROTIQUE A TRAVERS DES PERFORATIONS UTERINES POST-CESARIENNE A L'HOPITAL DU DISTRICT DE KOUTIALA

NECROTIC EPIPLOCELE THROUGH UTERINE PERFORATIONS POST-CAESAREAN
UTERINE PERFORATION AT KOUTIALA DISTRICT HOSPITAL

Coulibaly M 1,2 , Sanogo S 1,3 , Diarra I 1,6 , Waigalo C A 1,2 Ballo B 1,2 Dembélé S K 1,4 , Diarra K 1,5 , Ouattara D 1,3 , Coulibaly D 1,2 , Bengaly B 1, 3 Togola B 1,3 Traoré D 1, 3

1. Faculté de médecine de l'USTTB, Bamako, MALI,

2. Hôpital de Koutiala, MALI

3. Chirurgie B, CHU Point G, Bamako, MALI

4. Hôpital de Tominian, MALI

5. Hôpital de Banamba, MALI

6. Hôpital de C1 Bamako, MALI

Correspondant : Mahamadou Coulibaly, Praticien en chirurgie viscérale/générale à l'hôpital de Koutiala BP : 25 Email : cmahamadou38@yahoo.fr Tel : (00223) 79493009

Résumé

Introduction :

L'épiplocèle est l'extériorisation de l'épiploon à travers une solution de continuité de la paroi abdominale, nécessitant une prise en charge urgente et considérable.

Observation :

Une patiente de 26 ans, G4P4V2A0D2, césarisée il y a 25 jours pour souffrance fœtale aiguë, a présenté une suppuration pariétale profonde au 7ème jour postopératoire, suivie de la déhiscence des sutures pariétales et de l'extériorisation de l'épiploon par la plaie opératoire. Ce tableau était associé à des douleurs abdominales, des vomissements, de la fièvre et des leucorrhées. Les examens cliniques et paracliniques ont confirmé le diagnostic d'épiplocèle compliquée par une péritonite postopératoire. En peropératoire, deux perforations utérines ont été identifiées : une sur la face postérieure (2 cm) et une sur la face antérieure (1 cm). L'épiploon était incarcéré entre ces deux perforations et nécrosé sur une longueur de 10 cm. Les gestes chirurgicaux ont inclus :

la réduction de l'épiploon, l'ablation des segments nécrosés, la réparation des perforations utérines par points séparés et la toilette péritonéale avec drainage. L'évolution postopératoire était favorable.

Conclusion :

Le diagnostic d'épiplocèle est cliniquement évident. Une prise en charge rapide est essentielle pour prévenir les complications graves comme la nécrose.

Mots-clés : épiplocèle, utérus, nécrose, chirurgie

Introduction

L'épiplocèle, définie comme l'extériorisation de l'épiploon à travers une solution de continuité de la paroi abdominale, représente une complication rare mais grave. Décrite depuis longtemps, elle nécessite une prise en charge urgente impliquant des investigations diagnostiques approfondies et des mesures thérapeutiques rapides [1]. Nous rapportons un cas exceptionnel d'épiplocèle nécrotique survenu à travers des perforations utérines post-césarienne à l'hôpital du district de Koutiala, soulignant les enjeux diagnostiques et thérapeutiques.

Observation

Une patiente de 26 ans, G4P4V2A0D2, a été référée par le service de gynéco-obstétrique pour éviscération post-césarienne. La césarienne, réalisée 25 jours plus tôt pour souffrance fœtale aiguë, avait été compliquée par une suppuration pariétale profonde apparue au 7ème jour postopératoire, puis par une déhiscence des sutures avec extériorisation de l'épiploon nécrosé. La symptomatologie associée comprenait :

- Douleurs abdominales ;
- Vomissements alimentaires ;
- Fièvre modérée (à 37,8 °C) ;
- Leucorrhées purulentes.

Examens cliniques :

L'inspection a montré une incision de Pfannenstiel totalement déhiscente, avec extériorisation d'un épiploon totalement nécrosé [Photo 1]. La palpation révélait une douleur pelvienne irradiant vers les flancs, accompagnée d'une défense abdominale. L'examen gynécologique montrait un col court et épais, avec la présence de pus au toucher vaginal.

Examens paracliniques :

- Hyperleucocytose à 12 000/mm³ ;
- CRP élevée à 155 mg/L ;
- Hémoglobine à 7,5 g/dL, nécessitant une transfusion de deux culots globulaires.

Constatations peropératoires et gestes chirurgicaux :

Une laparotomie médiane sous ombilicale a été pratiquée sous anesthésie générale, avec antibioprophylaxie. Les principaux constats peropératoires étaient :

1. Épanchement purulent de 100 ml dans le pelvis ;
2. Adhérences grêlo-pariétales et colo-utérines ;

3. Deux perforations utérines : postérieure (2 cm) et antérieure (1 cm) ;
4. Incarcération et nécrose de l'épiploon entre ces perforations sur une longueur de 10cm [Photo 2].

Les gestes chirurgicaux ont consisté en :

- Réduction de l'épiploon ;
- Résection de la partie nécrosée ;
- Sutures des perforations utérines avec des points simples séparés ;
- Toilette péritonéale et drainage.

Les suites postopératoires étaient simples : le drain a été retiré au 3ème jour, et la patiente a été libérée au 7ème jour.

Discussion

L'épiplocèle survient principalement après un traumatisme abdominal, avec une fréquence variant de 4 à 26 % dans les plaies abdominales [2,3]. Cependant, sa survenue en postopératoire, notamment après une césarienne, reste exceptionnelle, avec une incidence estimée entre 0,08 % et 0,28 % selon la littérature [4,5]. Ce cas particulier est unique car il implique des perforations utérines à double localisation (antérieure et postérieure), un tableau non encore rapporté.

Les facteurs de risque identifiés incluent :

- Une infection pariétale et pelvienne ;
- Un retard dans la prise en charge ;
- Une augmentation de la pression intra-abdominale.

Dans notre cas, la nécrose de l'épiploon résultait d'une ischémie prolongée liée au délai de prise en charge. La résection de la partie nécrosée et la réparation des perforations utérines étaient conformes aux recommandations disponibles [8,9]. Les suites opératoires d'une éviscération postopératoire d'origine infectieuse sont

celles d'une péritonite postopératoire qui sont généralement grevées d'une lourde morbimortalité pouvant atteindre 50 % selon Haissada [10]. Dans le cas de cette patiente, les suites opératoires étaient simples, malgré la gravité du tableau, soulignant l'importance d'une intervention chirurgicale rapide et appropriée.

Conclusion

L'épiplocèle à travers des perforations utérines est une complication rare mais grave de la césarienne. Son diagnostic est cliniquement évident, et sa prise en charge doit être rapide pour prévenir des complications graves telles que la nécrose et la péritonite.

Références

1. Zabloski G. Épiplocèle traumatique au point de vue du traitement. Pichon-Lamy et Dewes, Paris, 1869.
2. Benissa N., et al. Plaies abdominales avec épiplocèle. Casablanca, Maroc 2003 ; 128 (10) : 710-713.
3. Kanté L., et al. Plaies pénétrantes abdominales. Mali Médical 2013 ; 27 (3) : 28-31.
4. Saad B., et al. Complications maternelles de la césarienne. Pan Afr Med J. 2017 ; 27: 108.
5. Dembélé D.D. Complications de la césarienne au CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako 2017 ; N°238 : 61-93.
6. Tohme C., et al. Prévention des éviscérations post-opératoires. Ann. Chir. 1991 ; 45 : 513-516.
7. Lebhar E., et al. Utilisation du filet de vicryl. Méd. Chir. Dig. 1992 ; 21 : 142.
8. Koura A., et al. Hernies ombilicales chez l'enfant. Méd. Afr. Noire 1996 ; 43 (12).
9. Lebeau R., et al. Hernies étranglées de l'aîne. Rev. Med. Brux 2011 ; 32 : 133-138.
10. Hssaida R., et al. Péritonites postopératoires. Méd. Maghreb 2000 ; 20-4.

ANNEXE

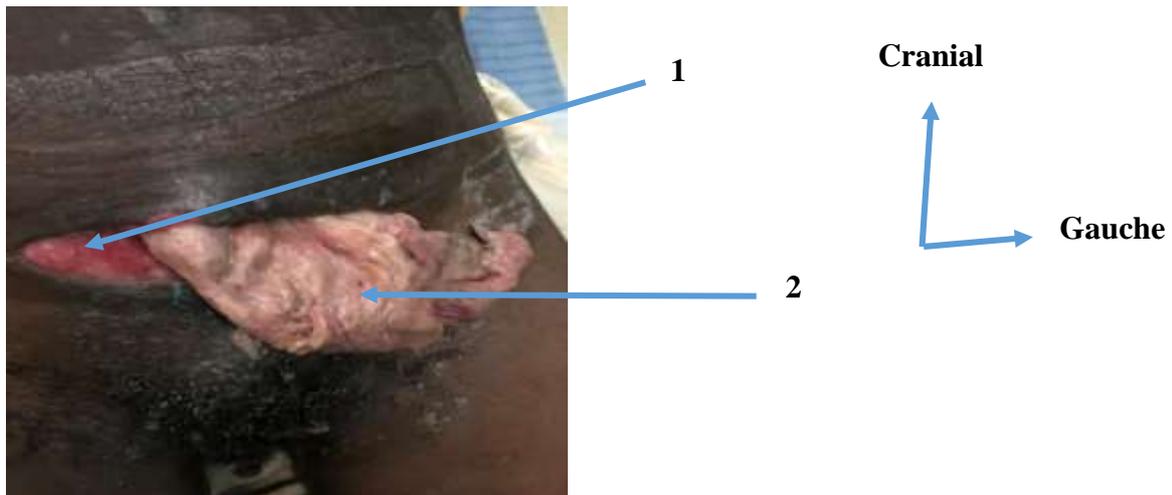


Photo 1 : Epiplocèle nécrotique post césarienne

Source : archives photos de service de chirurgie de Koutiala

1-Berges de l'incision de Pfannenstiel

2-Grand épiploon extériorisé et nécrosé

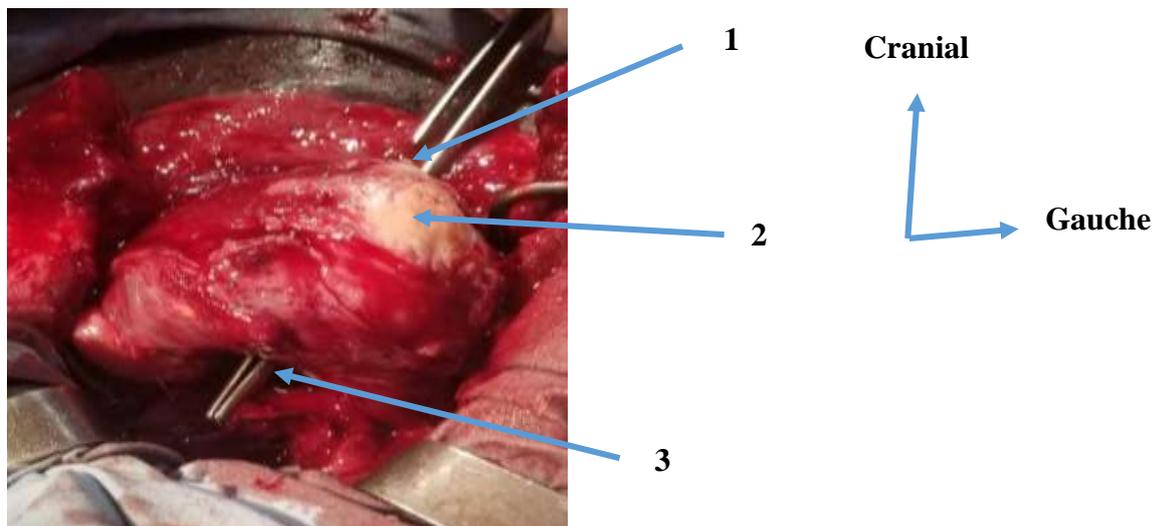


Photo 1 : Perforations utérines post césarienne

Source : archives photos de service de chirurgie de Koutiala

1- Perforation postérieure

2-Utérus

3-Perforation antérieure