



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
+ⵏⴰⴳⴷⵓⵏⴰⵢⴰⵏ | +ⵓⵢⴱⴰⴷⵉⴷⴰⵏ | ⵏ +ⵓⵏⵓⵕⵓⵏⵏ
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

Thèse N°193/20

LAPAROTOMIE TRANSVERSALE SOUS OMBILICALE (A propos de 06 cas)

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18/12/2020

PAR

M. EL HAKKOUNI NOUREDDINE

Né le 29/11/1988 Jerrada

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Laparotomie transversale sous ombilicale – Obésité – Complications

JURY

M. BOUKAIDI LAGHZAOUI OMAR.....
Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique

PRESIDENT ET RAPPORTEUR

M. AMANI ABDELGHANI.....
Professeur agrégé d'Urologie

M. KECHNA HICHAM.....
Professeur agrégé d'Anesthésie réanimation

M. HASBI SAMIR
Professeur agrégé de Chirurgie Générale

} JUGES

SOMMAIRE

I. SOMMAIRE.....	1
II. LISTE DES ABREVIATIONS	6
III. INTRODUCTION.....	9
IV. RAPPEL ANATOMIQUE.....	9
A. Introduction.....	11
B. Les muscles et leurs prolongements aponévrotiques	11
1. Les Muscles droits de l'abdomen.....	11
2. Les Muscles Larges.....	13
a. Le Grand Oblique ou Oblique Externe	13
b. Le Muscle Petit Oblique ou Oblique Interne de l'Abdomen.....	15
c. Le Muscle Transverse de l'Abdomen.....	17
C. Prolongements Aponévrotiques.....	19
1. La Gaine des Droits.....	19
2. La Ligne Arquée = Arcade de Douglas.....	19
3. La Ligne Blanche.....	20
D. Vascularisation et Innervation Pariétale.....	23
1. Vascularisation Artérielle.....	23
a. L'axe principal mammaire interne épigastrique.....	23
i. L'Artère Epigastrique Inférieure.....	24
ii. L'Artère Mammaire Interne.....	24
b. Les Artères Accessoires.....	24
i. L'Artère Circonflexe Iliaque.....	24
ii. Les Artères Sous Cutanées Abdominales.....	24
2. Vascularisation Veineuse.....	25
3. Innervation	26
4. Vascularisation Lymphatique.....	27

V. LES LAPAROTOMIES GYNECOLOGIQUES.....	29
1. Introduction.....	30
2. Laparotomie Médiane Sous Ombilicale.....	30
a. Incision de la Peau.....	31
b. Incision de l'Aponévrose, Fascia Transversalis et du Péritoine.....	31
c. Fermeture Pariétale.....	34
3. Laparotomie Transversale Basse de Pfannenstiel.....	36
a. Incision de la Peau.....	37
b. Incision de l'Aponévrose, Fascia Transversalis et du Péritoine.....	37
4. Laparotomie Transversale Basse de Mouchel.....	40
a. Avant-Propos.....	40
b. Incision de la Peau.....	40
c. Incision de l'Aponévrose.....	41
d. Incision des Muscles Grands Droits.....	42
e. Incision du Péritoine et Fascia Transversalis.....	43
f. Fermeture Pariétale.....	44
VI. MATERIEL ET METHODES.....	45
A. Interrogatoire.....	46
B. Examen Clinique.....	46
C. Examens Complémentaires.....	47
D. Suites Post-Opératoires	47
VII. RESULTATS.....	48
A. Anamnèse.....	49
1. Nombre de Patientes.....	49
2. Age.....	49
3. Age des Ménarches.....	49

4. Origines des Patientes.....	49
5. Niveau Intellectuel.....	50
6. Niveau Socio-Economique.....	50
7. Habitudes Toxiques.....	51
8. Antécédents Personnels gynéco-Obstétrique.....	51
9. Antécédent Médicaux.....	53
10. Antécédents Personnels Chirurgicaux.....	55
11. Antécédents Familiaux.....	56
B. Examen Clinique.....	57
1. Interrogatoire.....	57
2. Examen Général.....	60
3. Examen Gynécologique.....	61
4. Echographie Pelvienne.....	62
5. Echographie Obstétricale.....	62
6. Examens Biologiques.....	63
C. Traitement Chirurgical.....	65
1. Voie d'Abord.....	65
2. Technique.....	65
3. Extraction Fœtale.....	65
D. Suites Post-Opératoires.....	65
1. Simple.....	65
2. Hématomes.....	65
3. Infection de la Paroi.....	65
4. Durée de Séjour à l'Hôpital.....	66
5. Aspect de Cicatrice.....	66
6. Nouveau-Né.....	66

7. Allaitement.....	66
VIII. DISCUSSION.....	67
A. Fréquence des Complications.....	68
B. Age.....	68
C. Origine des Malades.....	69
D. Niveau Intellectuel et Socio-Economique.....	69
E. Habitudes Toxiques.....	69
F. Antécédents Personnels et Gynéco-Obstétriques.....	70
G. Complications Maternelles.....	70
1. Complications Infectieuses.....	72
2. Complications Hémorragiques.....	72
3. Complications Thromboemboliques.....	73
4. Complications Liées à l'Anesthésie.....	74
5. Complications Digestives et Urologiques.....	76
IX. CONCLUSION.....	77
X. RESUMES.....	79
XI. REFERECES BIBLIOGRAPHIQUE.....	83

ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédent
AVB	: Accouchement par voie basse
C	P : Césarienne programmée
C U	: Césarienne urgente
CHU	: Centre hospitalier universitaire
FCS	: Fausse couche spontanée
FIGO	: Fédération internationale de gynécologie et obstétrique
HAS	: Haute Autorité de Santé
HBMP	: Héparine de bas poids moléculaire
HTAG	: Hypertension artérielle gravidique
IMC	: Indice de masse corporelle
L A	: Liquide amniotique
L P P	: Liquide purée de pois
LST	: Ligature section des trompes
MFIU	: Mort fœtale in utéro
O.C.D.E	: Organisation de coopération et de développement économique
OMS	: Organisation mondiale de la santé
RPM	: Rupture prématurée des membranes
S A	: Semaine d'aménorrhée
S.F.A.R	: Société française d'anesthésie et de réanimation
SFA	: Souffrance fœtale aigue
TVP	: Thrombose veineuse profonde
U C	: Utérus cicatriciel
U DC	: Utérus doublement cicatriciel
VME	: Version par manœuvres externes

INTRODUCTION

La laparotomie consiste en une incision de la paroi abdominale permettant une chirurgie à ciel ouvert. Le type d'incision (horizontale ou verticale) sera choisi en fonction de la pathologie sous-jacente

La laparotomie transversale basse ou sous ombilicale ou Pfannenstiel voie d'abord privilégiée des gynécologues avec l'avantage de l'absence d'éventration et le bon résultat esthétique

Elle Reste la Voie la Plus utilisée des interventions gynécologiques pour des lésions bénignes et pour la césarienne

Pourtant, elle présente une principale limite qui est l'impossibilité d'agrandir l'ouverture abdominale vers le haut, notamment en cas d'exploration de la partie sus-mésocolique.

La laparotomie transversale sous ombilicale reste une intervention chirurgicale non dépourvue de risque de complications sérieuse quel que soit l'indication, et c'est l'objectif de notre étude réalisée sur 06 femmes hospitalisée en services de gynécologie de l'hôpital Militaire molay ismail ayant bénéficiées de cette Intervention, durant cette étude nous décrivons les principales complications survenant en per et post-opératoire avec simulation avec des études réalisées dans d'autres structures hospitalières ayant concernées différents types de femmes et les autres types de voies d'abord laparotomique en matière de gynécologie.

RAPPEL

ANATOMIQUE

La paroi antérolatérale de l'abdomen est constituée de deux parties symétriques qui se fixent toutes deux en arrière au rachis lombaire et qui se réunissent en avant sur la ligne médiane.

On distingue :

- Un cadre squelettique représenté en haut par l'appendice xiphoïde sur la ligne médiane et, plus en dehors, par les rebords costaux inférieurs; en arrière par les apophyses transverses de la colonne lombaire ; en bas par les épines iliaques antérieures et postérieures, les crêtes iliaques et les deux épines du pubis au niveau de la ligne médiane.
- Un ensemble complexe de formations musculaires et aponévrotiques, paires et symétriques, fixées en arrière, en haut et en bas au cadre squelettique, qui se réunissent entre elles en avant sur la ligne médiane. Ces formations musculaires sont doublées:
 - Superficiellement par le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.
 - En profondeur par un plan fibreux, le fascia transversalis et le péritoine pariétal.

A. LES MUSCLES ET LEURS PROLONGEMENTS APONEVROTIQUES :

Autour des deux piliers centraux paramédians des muscles droits de l'abdomen s'organisent les muscles larges: oblique externe, oblique interne et transverse, dont les fibres croisées les unes par rapport aux autres sont prolongées par de vastes plans aponévrotiques , ces plans constituent la gaine des droits pour les 2/3 supérieurs de ces muscles, et le plan aponévrotique pré-rectal pour le tiers inférieur où il serait abusif de parler de gaine.

1. Les muscles droits de l'abdomen :

- Ils s'insèrent par trois digitations sur la partie inféro-antérieure du squelette thoracique: 5^e côte, 6^e côte et son cartilage, 7^e cartilage costal. Ils recouvrent une partie de la paroi thoracique avant de descendre au-devant de la cavité abdominale jusqu'au bord supérieur du pubis. Les corps musculaires, très larges en haut se rétrécissent progressivement (11 cm) pour se terminer par un tendon fibreux ne mesurant plus que deux à trois centimètres au niveau du pubis : le bord latéral du muscle est donc parfois considérable, souvent visible mais il n'est guère perceptible chez le sujet adipeux ou encore endormi.
- Le muscle droit de l'abdomen est un muscle polygastrique. Des insertions fibreuses, plus nette à la face antérieure qu'à la face postérieure des muscles peuvent inclure quelques éléments cartilagineux et surmontent toujours le passage d'un pédicule vasculaire qui peut être à l'origine des difficultés d'hémostase et sont gênantes dans certains procédés de plastie lors du décollement du lambeau aponévrotique.

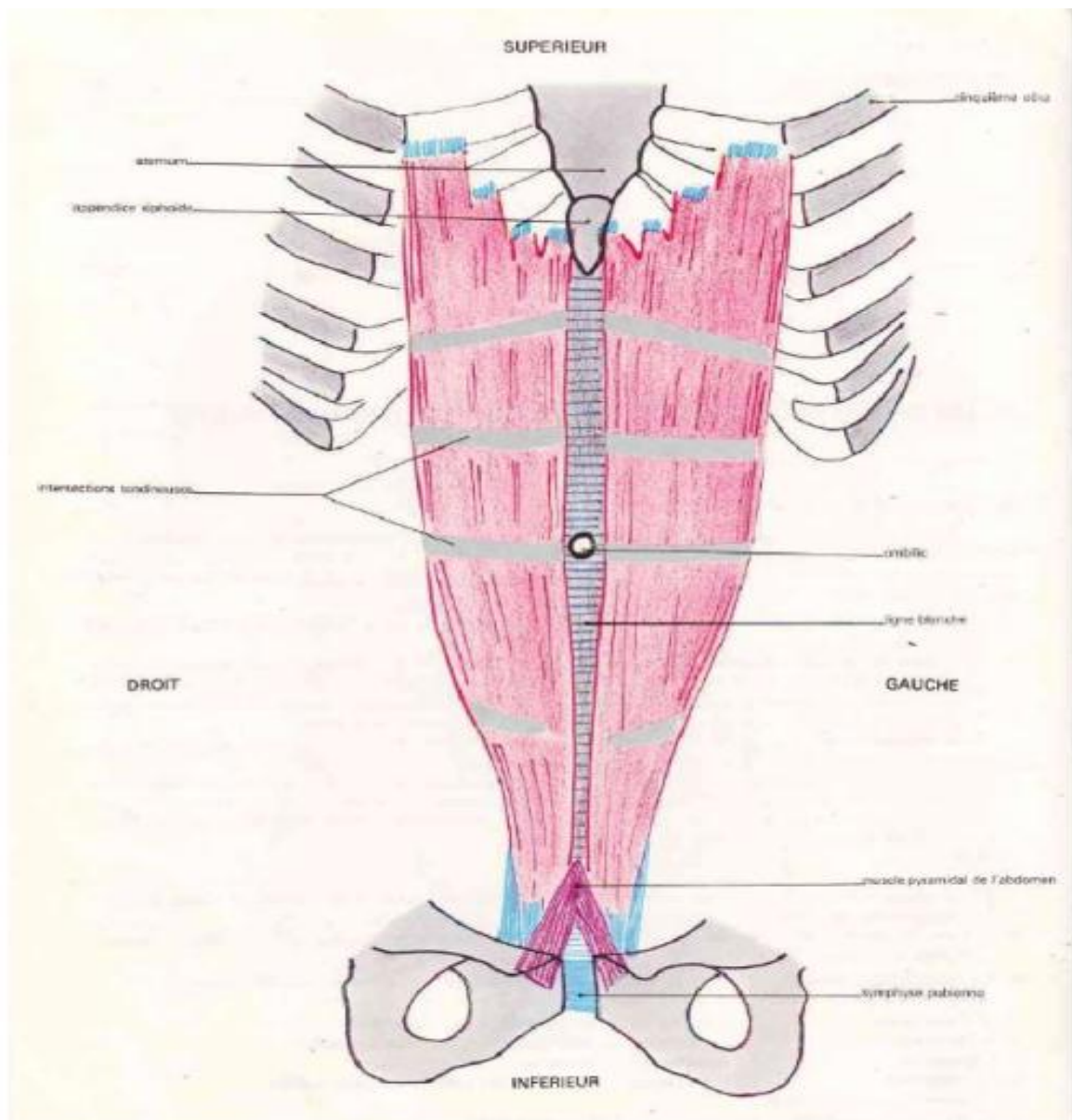


Figure 1: Vue antérieure de la paroi abdominale montrant la configuration des muscles grands droits de l'abdomen [5]

2. Les muscles larges :

Au nombre de trois de chaque côté, ils forment trois minces couches musculaires superposées qui sont, du plan superficiel au plan profond, le muscle oblique externe, le muscle oblique interne et le muscle transverse. La direction différente des fibres musculaires qui composent chaque couche confère à l'ensemble des muscles larges, malgré leur minceur, une très grande solidité.

a) Le grand oblique ou oblique externe:

C'est le plus superficiel et le plus étendu des muscles de la paroi abdominale. Ses fibres, dirigées de haut en bas et de dehors en dedans, obliquement, prennent naissance sur le bord inférieur des sept dernières côtes pour se terminer sur la ligne blanche, le pubis et la crête iliaque.

Le corps musculaire est formé de fibres charnues dont les plus hautes se dirigent presque horizontalement et en dedans, alors que les fibres inférieures sont orientées verticalement. L'ensemble forme un vaste éventail dont la partie moyenne est située un peu au dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Son aponévrose superficielle constitue la paroi antérieure du canal inguinal.

Schématiquement, il est constitué de trois faisceaux dont il est important de préciser quelques caractéristiques anatomiques, vu leur importance dans la chirurgie pariétale de l'abdomen inférieur :

- Le faisceau inférieur : forme une lame aponévrotique solide, de direction oblique, adhérant fortement à l'aponévrose fémorale, et dont le bord inférieur libre n'est autre que le ligament inguinal (arcade crurale). Ses fibres contribuent à la formation du ligament lacunaire (ligament de Gimbernat), du ligament réfléchi (pilier postérieur du canal inguinal), et du ligament pectiné appelé généralement ligament de Cooper. Le ligament inguinal et le ligament de Cooper sont importants dans notre étude, car ils servent souvent de point d'ancrage pour la fixation des prothèses au niveau de l'abdomen inférieur.

- Les faisceaux moyens et supérieurs minces et superposés, contribuent à la formation de l'orifice superficiel du canal inguinal.

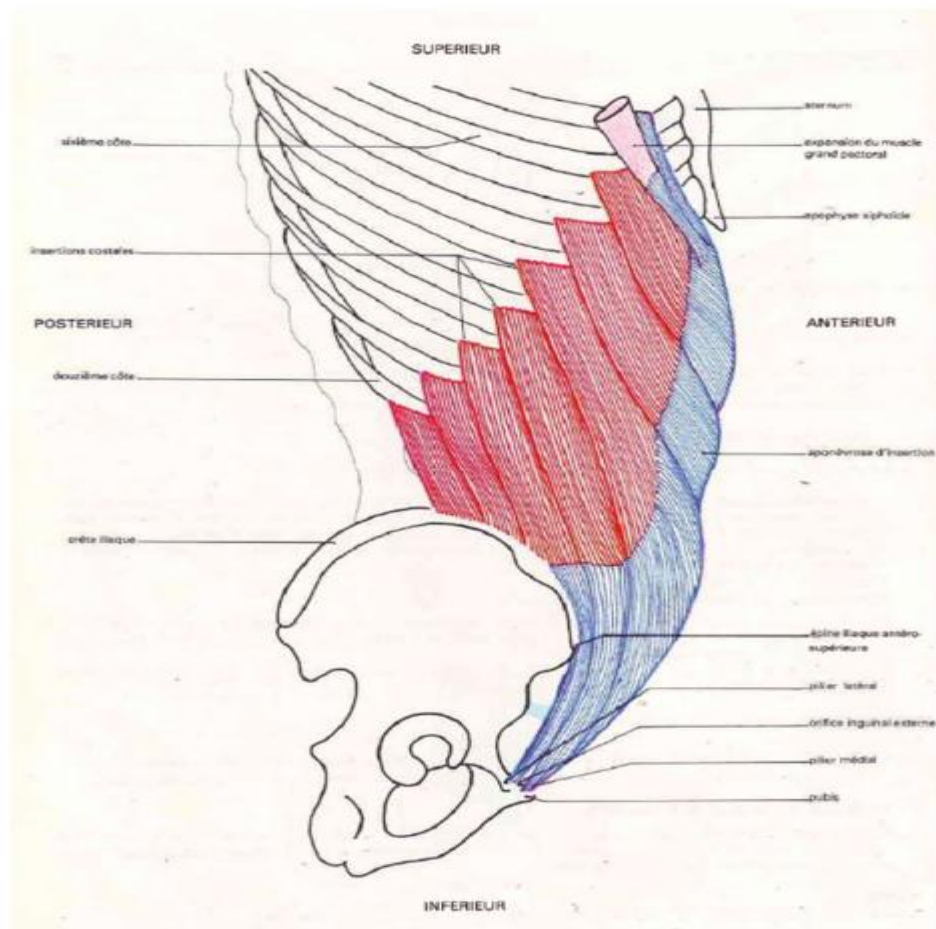


Figure 2: Vue latérale schématique du tronc montrant les zones d'insertion du muscle grand oblique [5]

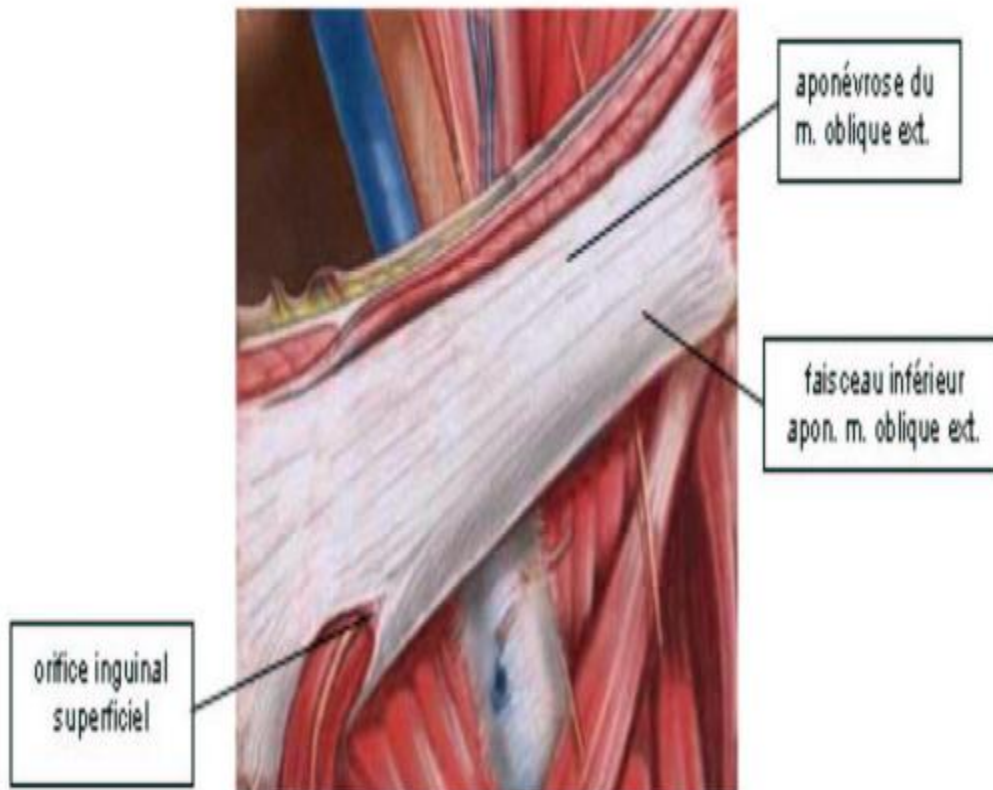


Figure 3 : Vue antérieure du muscle oblique externe de l'abdomen [7]

Dynamiquement, le muscle oblique externe joue essentiellement un rôle de soutien et de contention des viscères abdominaux. Il intervient également dans le mécanisme de la toux et du hoquet. En outre, agissant à l'état isolé, il incline le thorax en avant en fléchissant la colonne tout en imprimant au thorax un mouvement de torsion qui l'amène du côté opposé à la contraction.

b) Le muscle petit oblique ou oblique interne de l'abdomen :

- Situé entre le muscle oblique externe et le muscle transverse.
- Le muscle oblique interne est un muscle aplati dont les fibres ont une direction d'ensemble oblique, en haut, en avant et en dedans. Elles forment un éventail étendu depuis les $\frac{3}{4}$ antérieurs de la crête iliaque, l'épine iliaque Antéro-supérieure et le tiers externe du ligament inguinal. Elles s'insèrent sur le rebord costal inférieur (fibres postérieures), la ligne blanche (fibres moyennes) et le pubis (fibres inférieures).

- Les fibres inférieures nées de l'épine iliaque et du ligament inguinal rejoignent le tendon conjoint (falx inguinalis), qui est une structure commune au muscle transverse et muscle oblique interne.
- Comme l'ensemble des muscles larges, le muscle oblique interne a un rôle de soutien et de contention des viscères abdominaux.
- En outre, il abaisse les côtes et incline le thorax en avant en fléchissant la colonne vertébrale. Il exerce en même temps une action de rotation du thorax, portant celui-ci du côté du muscle contracté, ce qui en fait un antagoniste du muscle oblique externe.

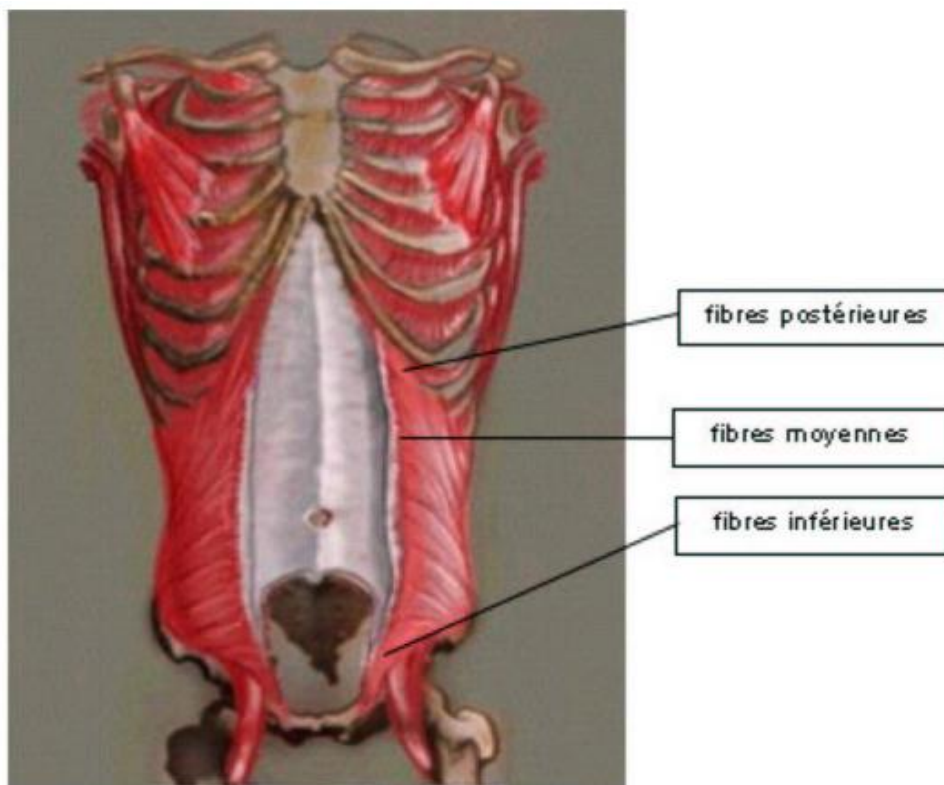


Figure 4 : Vue antérieure du muscle oblique interne [7]

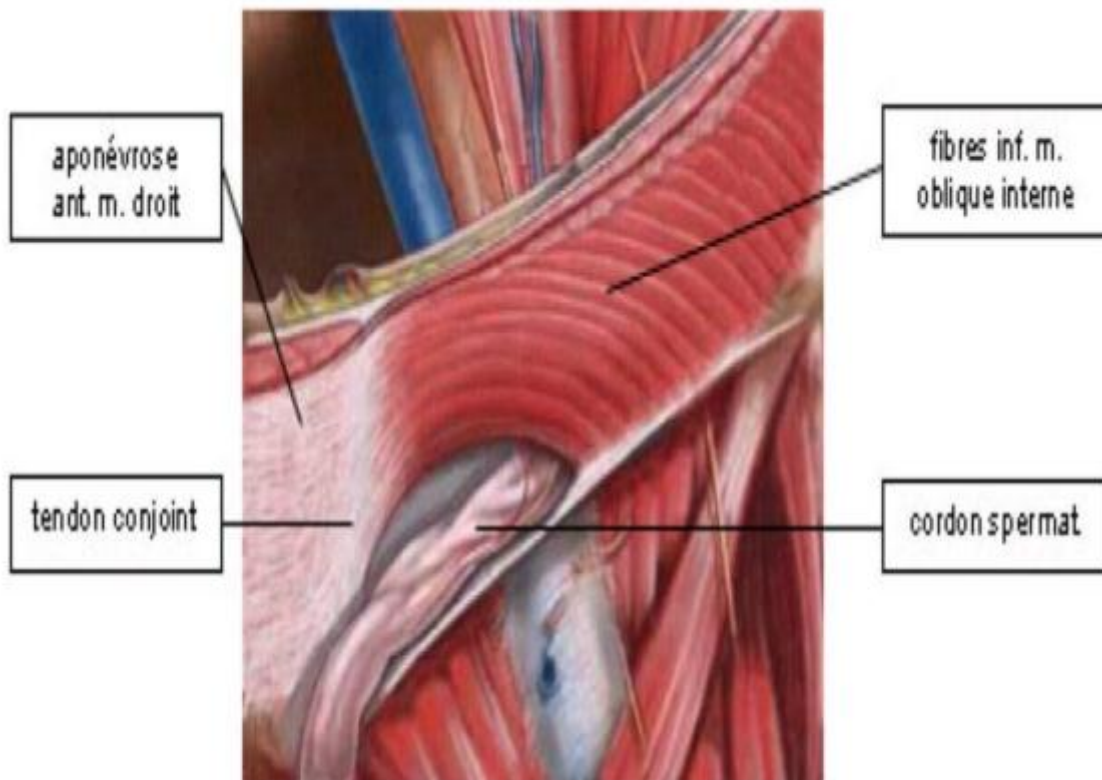


Figure 5 : Vue antérieure gauche du muscle oblique interne
(muscle oblique externe enlevé) [7]

c) **Le muscle transverse de l'abdomen** :

C'est le plus profond des muscles larges. Il doit son nom à la direction horizontale de ses fibres. Il s'étend en largeur depuis les cartilages costaux des six dernières côtes, l'apophyse transverse de D12, le sommet des costoïdes des cinq vertèbres lombaires, la crête iliaque, le ligament inguinal et le pubis pour s'amarrer sur l'appendice xiphoïde et la ligne blanche.

Son corps charnu se continue par une aponévrose qui forme :

- La gaine du muscle grand droit en passant en arrière dans les deux tiers supérieurs et en avant dans le restant.
- La ligne blanche en s'entrecroisant avec l'aponévrose du côté opposé.

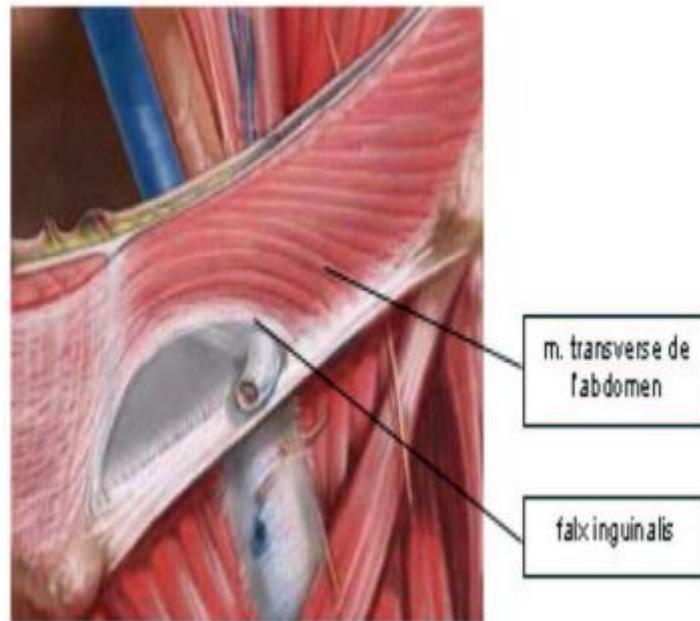


Figure 6 : Vue antérieure gauche après ablation du muscle oblique externe [7]

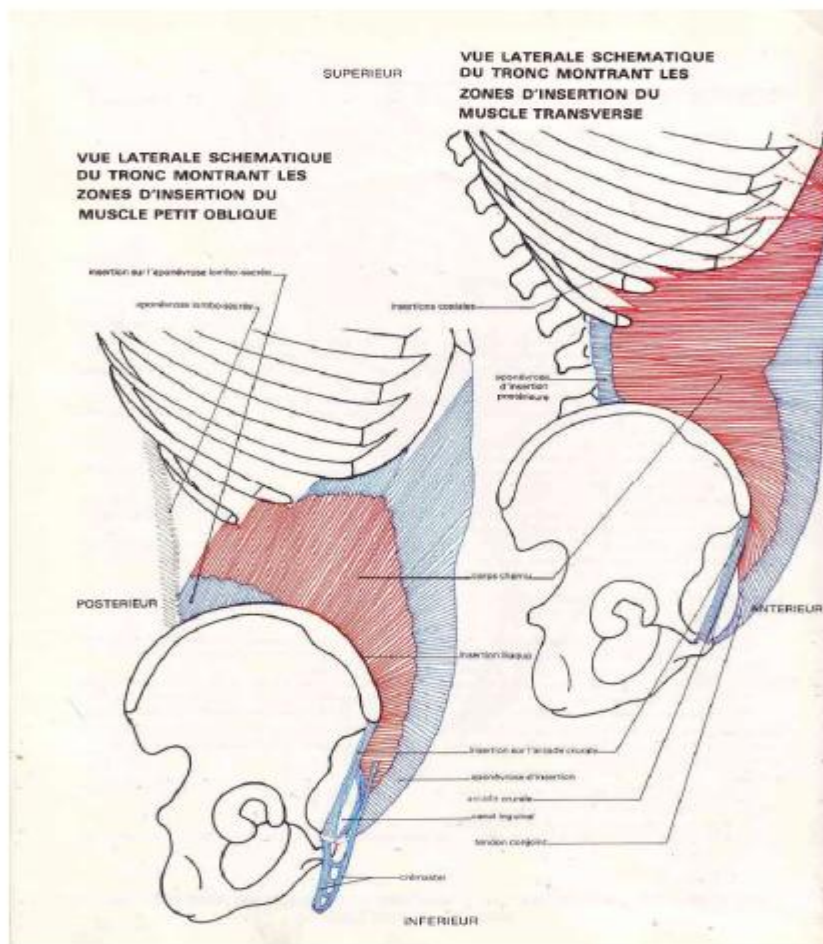


Figure.7 : Vue latérale schématique du tronc montrant les zones d'insertion du muscle du muscle transverse et du petit oblique [5]

B. Prolongement Aponévrotiques :

Les muscles larges de l'abdomen se terminent chacun en avant par une aponévrose, dite d'insertion. Ces aponévroses se répartissent en avant et en arrière du muscle grand droit, formant la gaine où est logée ce muscle. Elles s'entrecroisent sur la ligne médiane de l'appendice xiphoïde au pubis, formant un raphé tendineux : la ligne blanche.

1)– La gaine des droits:

- Au niveau des deux tiers supérieurs du grand droit :
- L'aponévrose du transverse passe en arrière du muscle grand droit.
- Celle du petit oblique se divise à son bord externe un feuillet antérieur et postérieur.
- Au niveau du tiers inférieur :
- L'aponévrose du muscle grand oblique passe entièrement en avant.
- Le grand droit est retro-aponévrotique. Il n'est revêtu en arrière que
 - par une toile peu résistante du fascia transversalis. La limite entre les deux niveaux est repérée à l'intérieur par l'arcade de douglas et à l'extérieur par la ligne bi-iliaque. C'est une zone frontalière entre les deux dispositions aponévrotiques.

2) – La ligne arquée: ARCADE DE DOUGLAS

Elle se projette sensiblement au niveau de la ligne unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures.

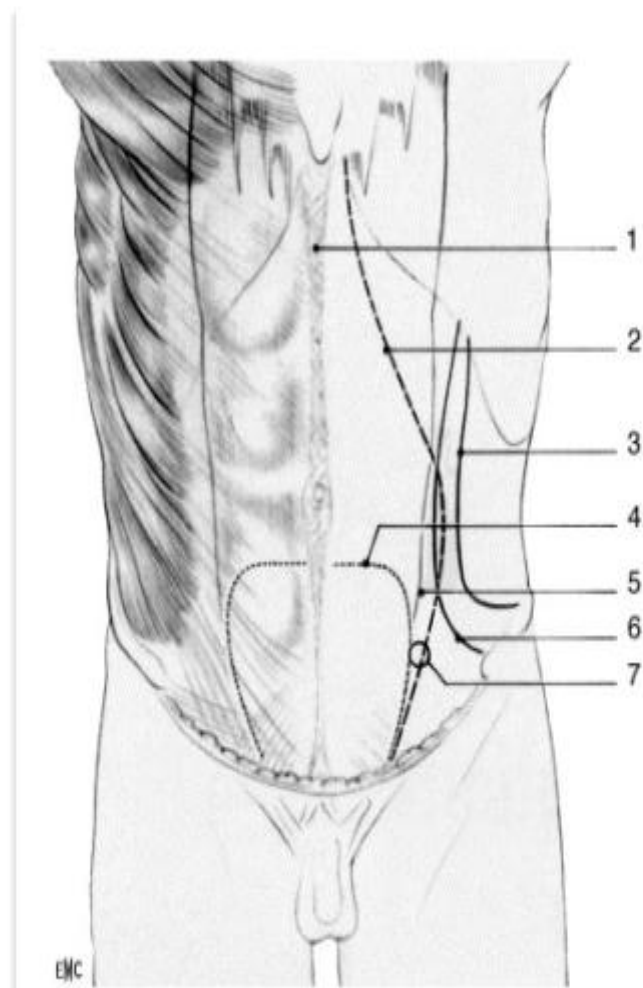
Elle représente une zone de transition progressive où le feuillet résistant postérieur de la gaine de droit est relayé par le plan beaucoup plus faible du fascia-transversalis.

En arrière de ce plan fibreux se trouve l'aponévrose ombilico-pré-vésicale qui se rétrécit vers le haut en atteignant l'ombilic; le véritable point faible est donc reporté à la partie externe de l'arcade de DOUGLAS.

3) – La ligne blanche :

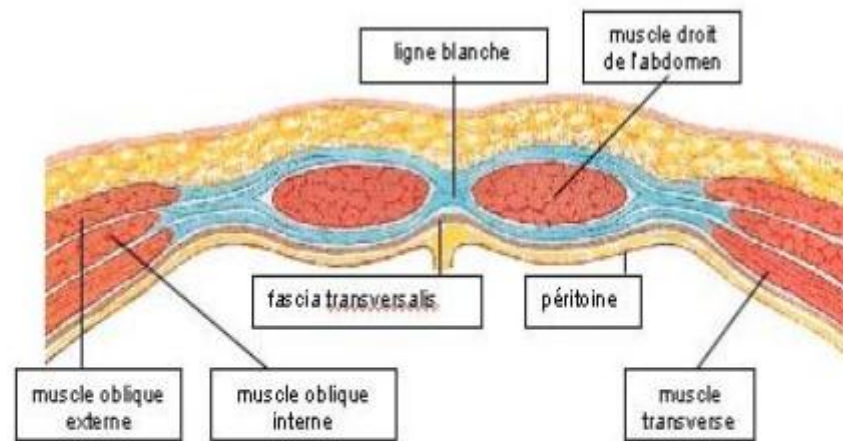
C'est une lame fibro-tendineuse qui s'étend de l'apophyse xiphoïde au pubis, centrée par l'ombilic qui la partage en deux parties:

- Sus-ombilicale, large qui s'étend un peu plus bas que l'ombilic.
- Sous ombilicale, très étroite, presque linéaire au niveau de la ligne blanche, les plans aponévrotiques se confondent à l'entrecroisement de fibres la rend extrêmement résistante, surtout au-dessus de l'ombilic.

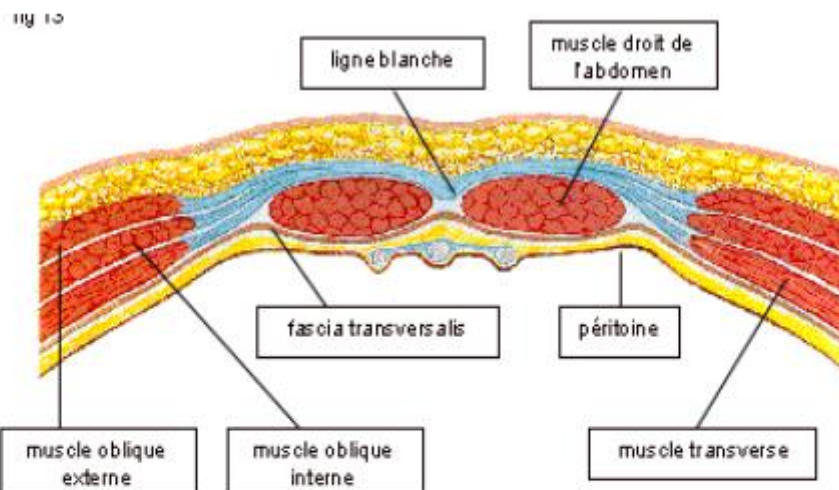


1. Ligne blanche.
2. Muscle transverse de l'abdomen (jonction musculo-aponévrotique).
3. Muscle oblique externe de l'abdomen (jonction musculo-aponévrotique).
4. Ligne arquée.
5. Bord externe du muscle droit de l'abdomen.
6. Muscle oblique interne de l'abdomen (jonction musculo-aponévrotique).
7. Ligne blanche latérale

Figure 8 : projection pariétale des éléments musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale antérieure [8]



En dessus de la lignée arquée



En dessous de la ligne arquée

Figure 9: coupe semi-schématique de la gaine des muscles droits de l'abdomen [7]

C. VASCULARISATION ET INNERVATION PARIETALE :

▪ – Vascularisation artérielle:

La vascularisation de la paroi antéro-latérale est très riche, ce qui permet de nombreuses incisions et les multiples voies d'abord électives de différents organes qu'elle couvre.

L'axe vertical mammaire interne épigastrique constitue la principale artère pariétale. Celle-ci reçoit de nombreux renforcements étagés ; d'autres artères jouent un rôle plus accessoire.

a) – L'axe principal mammaire interne épigastrique :

i. L'artère épigastrique inférieure :

- Elle est la véritable artère de la paroi abdominale antéro-latérale.
- Elle naît de l'artère iliaque externe, juste au-dessus de l'arcade crurale; aborde le bord externe du grand droit, 4 à 5 cm au-dessus du pubis, **puis** elle devient verticale en haut et en dedans dans l'épaisseur du muscle grand droit. Enfin, elle se termine en s'anastomosant avec l'artère mammaire. L'artère épigastrique se divise en deux branches :
- L'externe chemine en dedans du bord latéral du muscle. L'interne est souvent menacée lors de la prise en masse de la paroi ou de la distension du plan musculo-aponévrotique.
- La lésion de cette artère donne lieu à des hémorragies per-opératoire dont l'hémostase est parfois délicate.

ii. L'artère mammaire interne:

- Représentée par sa branche terminale, elle chemine derrière le grand droit à l'intérieur de sa gaine pour s'anastomoser au niveau de l'ombilic avec l'épigastrique.
- Dans l'angle chondro-xiphoïdien, cette branche se divise en un rameau externe, glissant sous le grand droit et un rameau interne vertical qui s'épuise avant l'ombilic.

b) – Les artères accessoires :**i. L'artère circonflexe iliaque :**

- Elle née du coté latéral iliaque externe, elle se termine en deux branches au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.
- La circonflexe profonde vascularise la partie sus iliaque des muscles larges transverse et petit oblique.

ii. Les artères sous cutanées abdominale :

- Naissent de la fémorale commune et montent dans l'espace sous cutané jusqu'au niveau de l'ombilic.

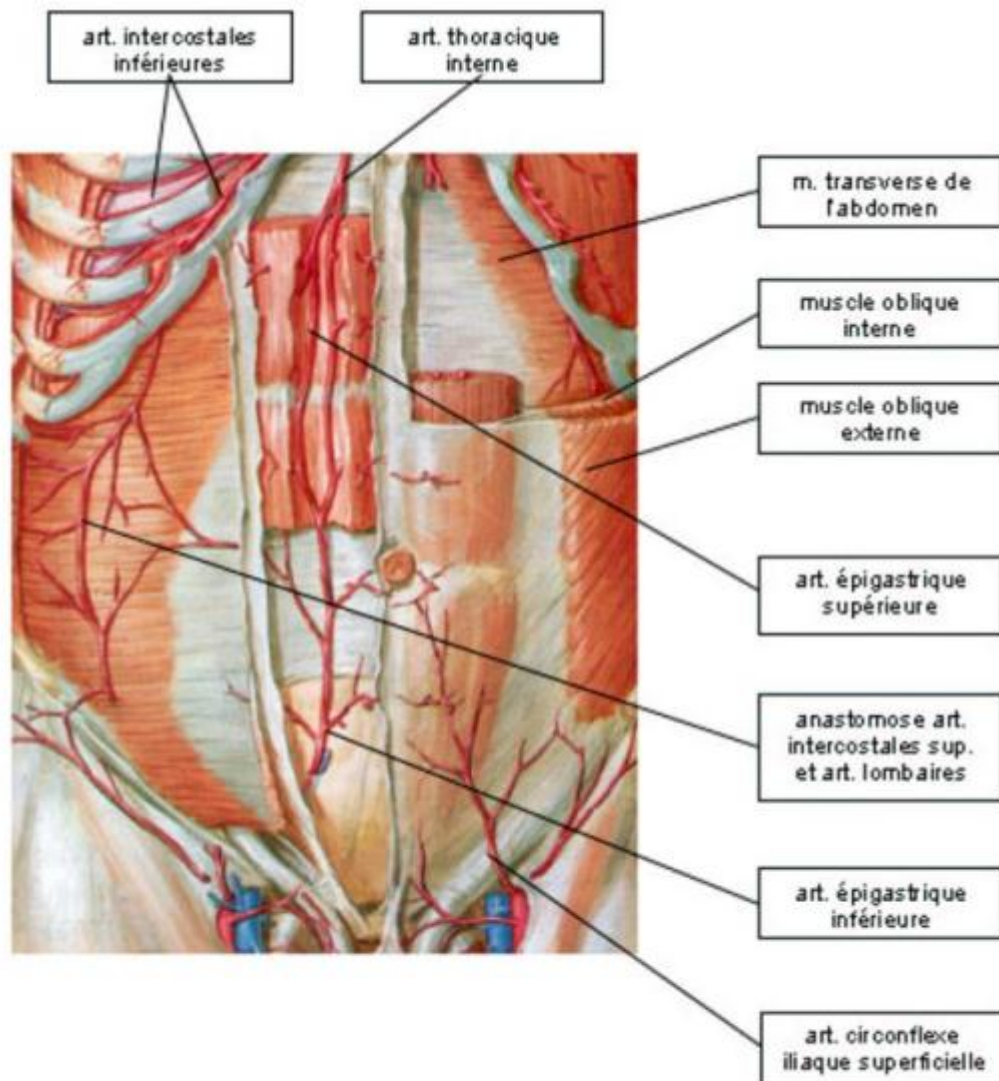


Figure 10 : vue antérieure de l'abdomen montrant la disposition des artères à travers le muscle grand droit [7]

▪ **Vascularisation Veineuse:**

- La peau et le tissu sous-cutané de la paroi abdominale sont desservis par un plexus veineux intriqué qui se draine, vers le haut, dans la veine thoracique interne, médialement, dans la veine thoracique latérale et, latéralement et vers le bas, dans les veines épigastriques superficielle et inférieure, branches collatérales des veines fémorale et iliaque externe, respectivement. Les veines cutanées qui entourent l'ombilic s'anastomosent avec les veines para-

ombilicales, petits affluents de la veine porte qui suivent parallèlement la veine ombilicale oblitérée (ligament rond du foie). Une anastomose relativement directe, superficielle et latérale.

- Les veines plus profondes de la paroi abdominale antéro-latérale accompagnent les artères et portent le même nom que celles-ci. Une anastomose veineuse médiale, plus profonde peut exister ou se développer entre la veine épigastrique inférieure (une branche collatérale de la veine iliaque externe) et les veines épigastrique supérieure ou thoracique interne (branches des veines subclavières). Les anastomoses superficielle et profonde peuvent être en mesure d'assurer une circulation collatérale au cours du blocage d'une des veines caves.
- - **Innervation** :
- Les nerfs sont représentés par la terminaison des SIX derniers nerfs intercostaux et par les deux nerfs génito-fémoral et ilio-inguinal, branches du plexus lombaire. Ces nerfs donnent des rameaux superficiels, sensitifs, qui pénètrent la musculature et innervent la totalité de la paroi abdominale :
- Les nerfs intercostaux cheminent entre le muscle transverse et le muscle oblique interne. Après avoir innervé au passage les muscles larges et donné des rameaux perforants destinés aux plans superficiels, ils pénètrent dans les gaines des muscles droits de l'abdomen qu'ils innervent.
- Le nerf génito-fémoral, issu de la racine de LI, pénètre dans la paroi antérolatérale en perforant l'aponévrose du muscle transverse et chemine entre ce dernier et le muscle oblique interne. Il se divise en un rameau abdominal pour pénétrer la gaine du muscle droit de l'abdomen qu'il innerve et un rameau génital qui pénètre dans le canal inguinal qu'il parcourt pour innerver la peau du pubis et des organes génitaux.

- Le nerf ilio-inguinal, également issu de la racine de LI, chemine parallèlement au précédent et donne aussi un rameau abdominal et un rameau génital, qui suivent la même destinée que ceux du nerf génitofémoral.

4) – Les lymphatiques :

- Le drainage lymphatique de la paroi abdominale antéro-latérale est assuré par les voies suivantes :
 - Des vaisseaux lymphatiques superficiels accompagnant les veines sous-cutanées. Ceux de la région supra-ombilicale se dirigent vers les nœuds lymphatiques axillaires, à l'exception de quelques uns qui rejoignent les nœuds para sternaux (ganglions des chaînes mammaires internes). Les collecteurs de la région infra-ombilicale rejoignent les nœuds lymphatiques inguinaux superficiels.
 - Des vaisseaux lymphatiques profonds, qui accompagnent les veines profondes et drainent la lymphe vers les nœuds lymphatiques iliaques externes, iliaques communs et lombaires droits et gauches (ganglions des chaînes abdomino-aortiques).

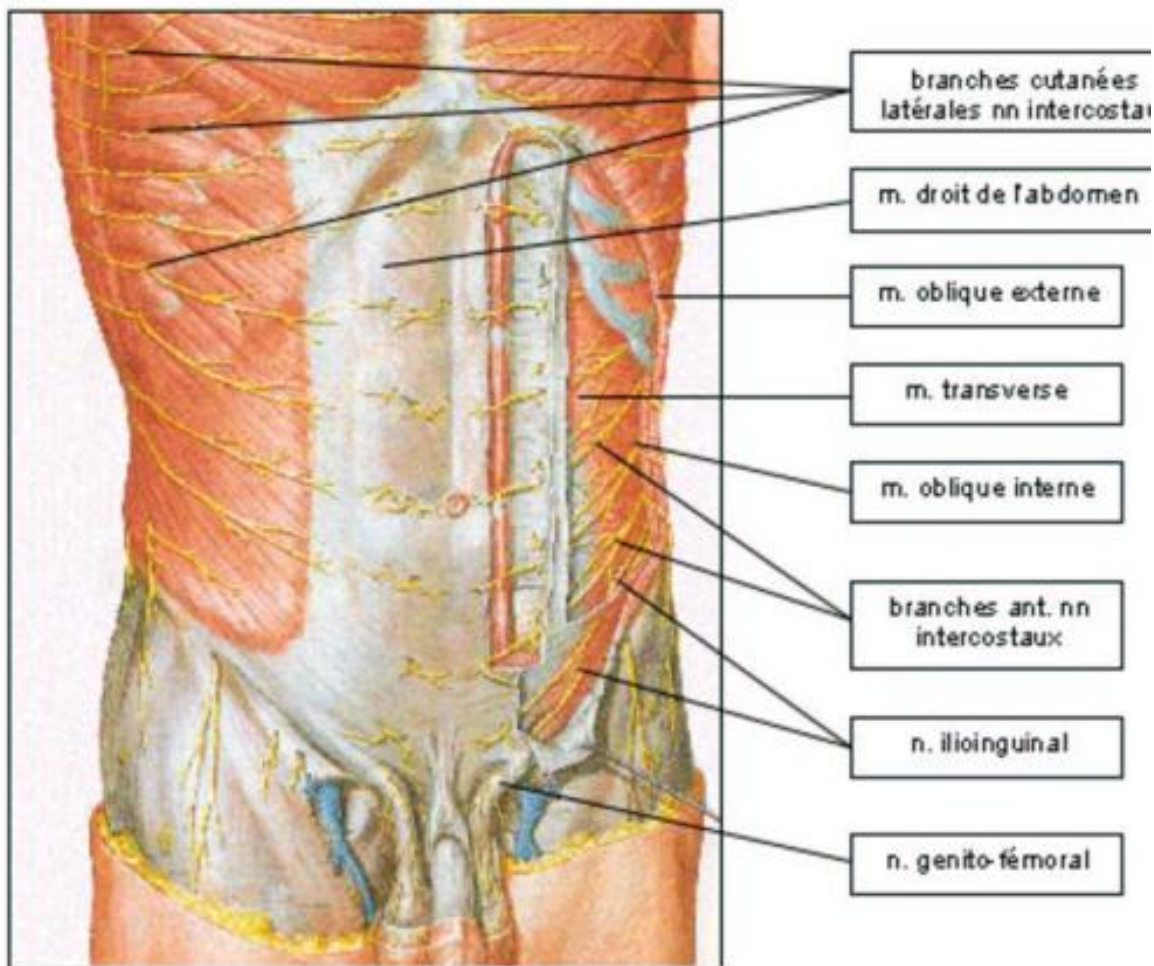


Figure 11 : Vue antérieure de l'abdomen montrant les nerfs de la paroi abdominale antérieure [7]

LA PAROTOMIE GYNECOLOGIQUE

Les Laparotomies Gynécologiques Doivent Répondre Aux Mêmes Principes que les Laparotomies d'Accès au Tube Digestif :

- Donner un accès commode sur l'organe à opérer.
- Réduire au minimum nécessaire le délabrement pariétal et ne pas compromettre la solidité de la paroi. Il vaut mieux sectionner une aponévrose qu'un muscle. Il vaut mieux diviser un muscle dans le sens de ses fibres que de le couper transversalement. Il faut éviter de sectionner les nerfs de la paroi.
- Se prêter commodément à un éventuel agrandissement.
- Laisser une cicatrice cutanée la moins disgracieuse possible.

Ces conditions répondent aux impératifs suivants :

- sécurité d'abord : y voir clair, agir commodément ;
- solidité ensuite : éviter l'éventration postopératoire ;
- esthétique enfin : objectif respectable, mais passant après les deux précédents (Cahalane 1989).

Nous décrirons successivement : la laparotomie médiane sous-ombilicale, les laparotomies transversales basses selon les techniques de Pfannenstiel et de Mouchel.

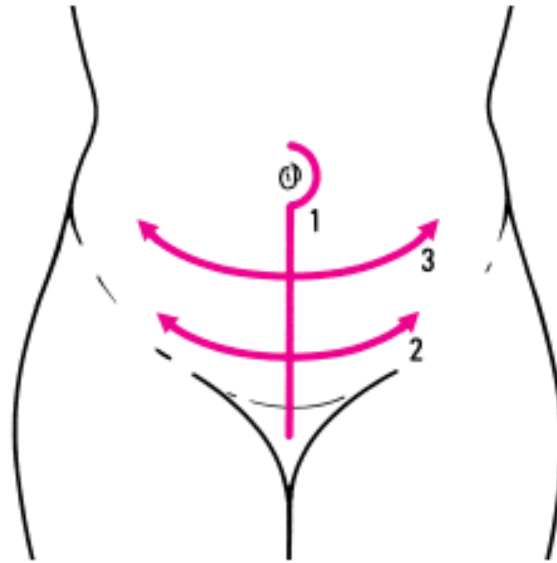


Fig. 5.1. – Différents types de laparotomie gynécologique.
 1, médiane sous-ombilicale contournant l'ombilic ;
 2, Pfannenstiel ; 3, incision transversale inter-iliaque.

I. Laparotomie Médiane Sous-Ombilicale :

La laparotomie médiane sous-ombilicale est d'exécution facile et rapide. Elle n'intéresse aucun muscle, aucun vaisseau important, aucun nerf. Elle peut être agrandie vers le haut jusqu'à l'appendice xiphoïde.

Elle reste la *voie d'abord de choix* (i) en cas de chirurgie pour lésion maligne car il faut réaliser une exploration complète de l'ensemble de la cavité péritonéale, (ii) en cas de doute diagnostique, en particulier pour les tumeurs de l'ovaire, (iii) si l'on prévoit des difficultés opératoires avec potentiellement la réalisation d'un geste sus-mésocolique. Elle permet une exploration de la cavité abdominale plus complète que les autres voies d'abord sous-ombilicales.

A. Incision de la peau :

- L'opérateur droitier est à gauche du patient, l'aide et l'instrumentiste sont à droite. Pour l'opérateur gaucher, c'est le contraire.
- L'incision de la peau est verticale, très exactement médiane, partant du bord supérieur de la symphyse pubienne, se dirigeant vers l'ombilic qu'elle peut atteindre et, en cas de besoin, dépasser après l'avoir contourné sur son bord gauche évitant ainsi la veine ombilicale.
- Les quelques centimètres gagnés par le contournement de l'ombilic facilitent nettement l'installation et l'exploration du pelvis et de l'abdomen.
- Le bistouri divise ensuite la couche grasseuse sous-cutanée jusqu'à exposer la face antérieure de l'aponévrose.
- L'hémostase des vaisseaux de la couche grasseuse est faite au bistouri électrique ou sur pinces et fils pour les plus gros vaisseaux.

B. Incision de l'aponévrose, du fascia transversalis et du péritoine :

- La difficulté est de rester dans le plan médian, c'est-à-dire au niveau de la ligne blanche car l'espace entre les muscles droits est pratiquement virtuel sous l'ombilic, notamment vers le bas où l'on entre presque obligatoirement dans la gaine d'un des muscles droits. C'est la raison pour laquelle *l'incision de l'aponévrose* doit être débutée dans la partie supérieure, près de l'ombilic (fig. 5.2a).
- L'incision est faite au bistouri froid, sur quelques centimètres. Une pince de Kelly ou de Kocher peut être placée sur la berge droite de l'incision aponévrotique et tendue par l'aide. L'opérateur, à l'aide d'une pince à disséquer, tenue de la main gauche, soulève la berge gauche de l'incision aponévrotique.

Il introduit vers le bas les ciseaux de Mayo, tenus de la main droite, à la face profonde de l'aponévrose.

- Par de petits mouvements d'ouverture et de fermeture des ciseaux, l'opérateur décolle le péritoine de la face profonde de l'aponévrose, puis incise celle-ci de haut en bas (fig. 5.2b et c). La manœuvre est répétée jusqu'à l'ouverture complète de l'aponévrose au bord supérieur de la symphyse pubienne, de part et d'autre des muscles pyramidaux.

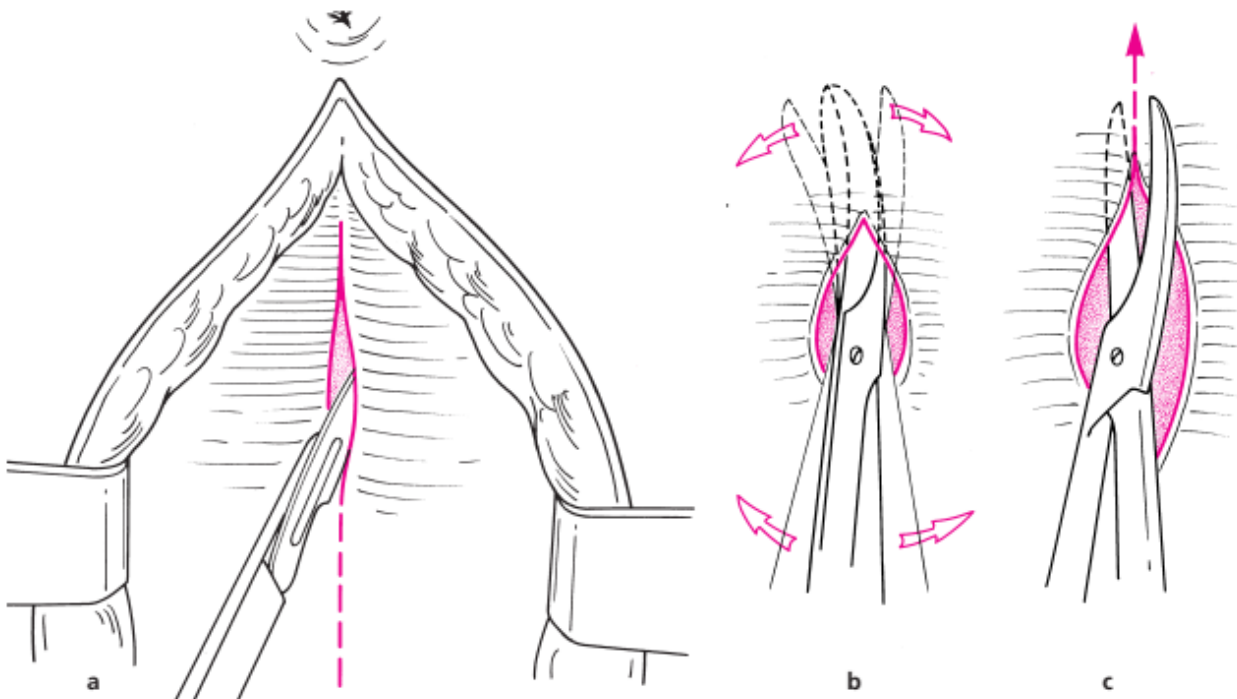


Fig. 5.2. – Laparotomie médiane sous-ombilicale.
 a. Incision de l'aponévrose au bistouri.
 b. Décollement aux ciseaux de Mayo.
 c. Ouverture de l'aponévrose aux ciseaux de Mayo.

- L'opérateur incise ensuite de haut en bas le *fascia transversalis*, mince feuillet fibreux, et la graisse sous-péritonéale.
- L'ouverture du *péritoine* doit être faite près de l'ombilic. L'aide soulève le péritoine avec une pince de Kelly. De sa main gauche, l'opérateur soulève le péritoine de manière symétrique à l'aide d'une pince à disséquer. Pour s'assurer

que la face profonde du péritoine est libre, l'opérateur passe le manche du bistouri froid sous le repli péritonéal transversal formé par la traction des pinces de l'aide et de l'opérateur. La face profonde du péritoine est libre si le manche du bistouri froid est vu en transparence à travers le repli péritonéal. Le péritoine est alors incisé sur quelques millimètres sur ce repli à l'aide du bistouri froid tenu horizontalement (fig. 5.3).

- L'introduction de l'air ambiant dans la cavité péritonéale soulève habituellement les berges péritonéales. L'opérateur passe alors l'index de la main droite à la face profonde du péritoine de part et d'autre de l'ouverture pour s'assurer qu'il n'y a pas d'anses intestinales accolées au péritoine. Cette manœuvre est particulièrement importante chez les malades ayant déjà été opérées de l'abdomen, quelle que soit la voie d'abord antérieure.
- L'ouverture péritonéale peut alors être agrandie vers le bas sur quelques centimètres avec les ciseaux de Mayo. Cela permet à l'opérateur d'introduire dans la cavité péritonéale l'index de la main gauche recourbé en crochet. L'aide fait la même manœuvre de son côté. Les deux index soulèvent et tendent le péritoine. L'opérateur glisse une des branches des ciseaux de Mayo sous le péritoine puis pousse les ciseaux laissés ouverts vers le bas. Cette manœuvre suffit pour ouvrir le péritoine. Elle est arrêtée vers le bas dès que les ciseaux rencontrent une certaine résistance, témoignant de la proximité de la vessie. Le péritoine est d'ailleurs à cet endroit plus épais et hémorragique.
- De la même manière, le péritoine est ouvert vers le haut jusqu'à l'angle supérieur de la plaie opératoire (fig. 5.4).

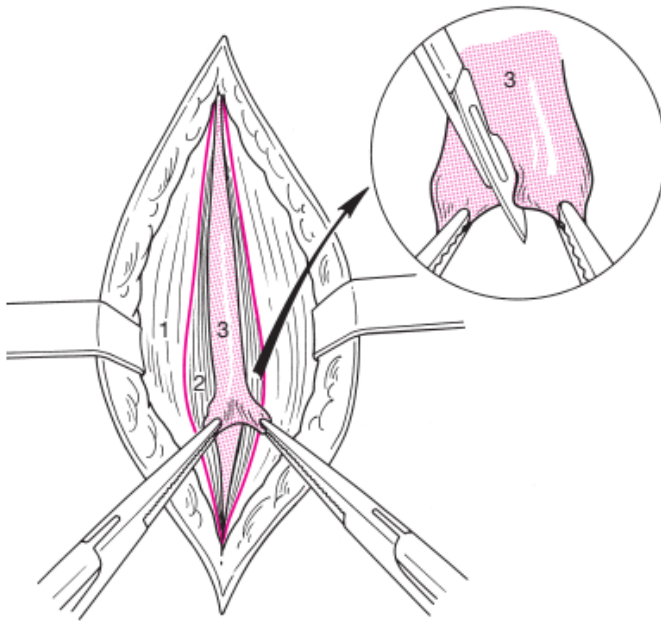


Fig. 5.3. – Laparotomie médiane sous-ombilicale : ouverture du péritoine au bistouri froid. 1, aponévrose des grands droits ; 2, muscles grands droits ; 3, péritoine.

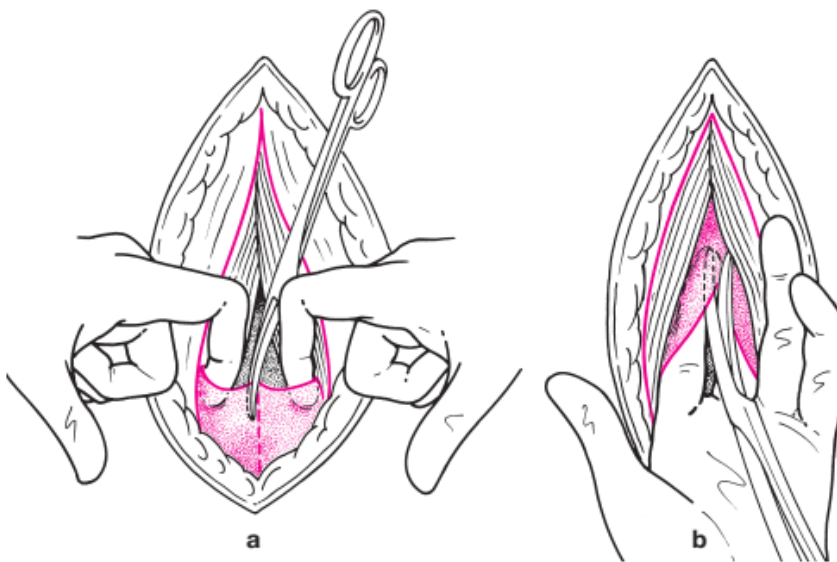


Fig. 5.4. – Laparotomie médiane sous-ombilicale : ouverture du péritoine.
 a. Deux doigts soulèvent la partie supérieure de la paroi et permettent la section de l'aponévrose et du péritoine sous le contrôle de la vue.
 b. La main gauche de l'opérateur soulève la paroi pour permettre l'ouverture vers le bas.

C. Fermeture pariétale : Elle est faite plan par plan :

- le péritoine est fermé le premier par deux hémisurjets de fil à résorption lente 2/0 sertis (fig. 5.5).
- les deux berges aponévrotiques sont fermées à points séparés ou par deux hémisurjets de fil à résorption lente 0 ou 1 (D4) sur aiguille sertie (fig. 5.6).
- le tissu cellulaire sous-cutané est fermé par un surjet de fil à résorption lente 3/0.

- la peau est fermée à points séparés de fil 3/0 ou par un surjet intradermique de fil à résorption rapide 3/0 ou par des agrafes (fig. 5.7).

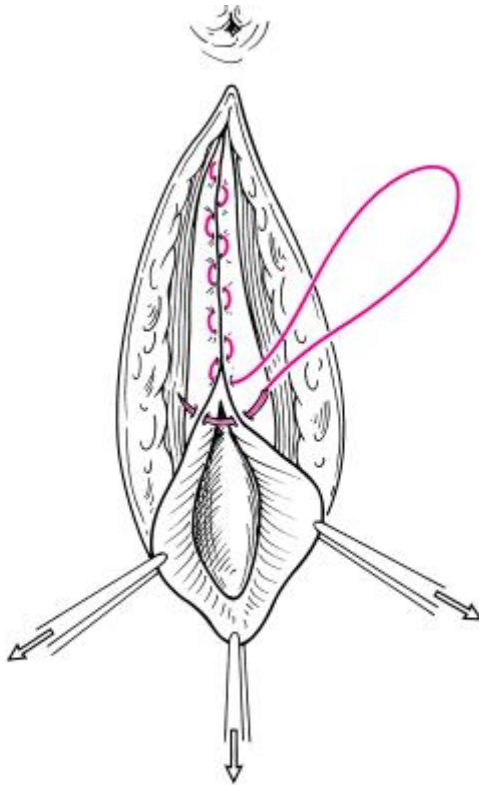


Fig. 5.5. – Laparotomie médiane sous-ombilicale : fermeture du péritoine.

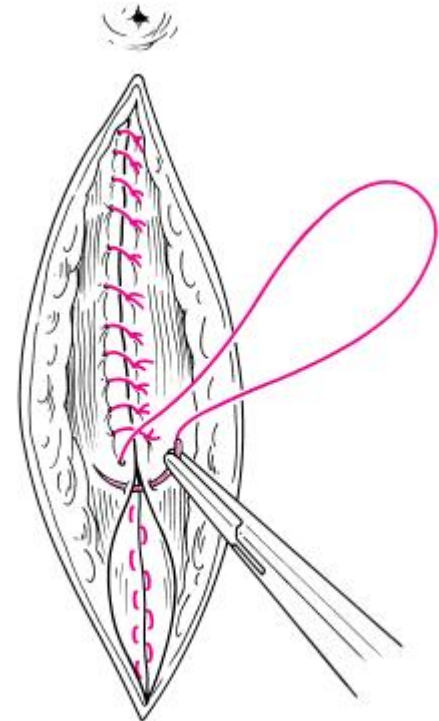


Fig. 5.6. – Fermeture de l'aponévrose.

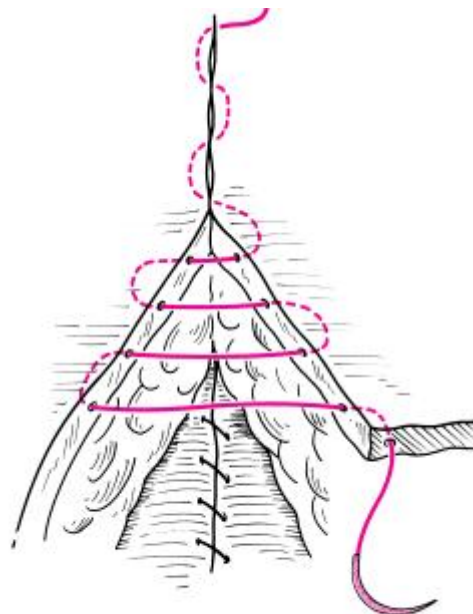


Fig. 5.7. – Fermeture de la peau par un surjet intradermique avec un fil à résorption lente.

II. Laparotomie Transversale Basse de Pfannenstiel :

- Les principaux avantages de la voie d’abord de Pfannenstiel sont l’absence d’éventration et le bon résultat esthétique.
- C’est la voie d’abord privilégiée des gynécologues.
- ***Elle est utilisée*** dans la majorité des interventions gynécologiques pour des lésions bénignes et pour la césarienne. Pourtant, elle présente une principale limite qui est l’impossibilité d’agrandir l’ouverture abdominale vers le haut, notamment en cas d’exploration de la partie sus-mésocolique.
- ***Elle n’est pas justifiée*** si les malades ont déjà eu une laparotomie médiane sous-ombilicale et il faut dans ce cas reprendre la même voie d’abord.
- ***Elle est contre-indiquée*** formellement en cas d’infection génitale ou d’abcès du fait des décollements.
- En cas de doute sur le choix de la voie d’abord, nous examinons la patiente sur la table d’opération et sous anesthésie générale. Il appréciera mieux le volume des lésions et surtout leur mobilité. Un gros fibrome qui paraît mobile pourra être enlevé par un Pfannenstiel. Au contraire, il vaudra mieux faire une médiane si l’utérus de volume moyen apparaît fixé à l’examen sous anesthésie générale, surtout si la femme est obèse. Dans tous les cas nous conseillons de choisir la voie qui paraît la plus simple et la plus facile. En chirurgie, les complications surviennent bien assez toutes seules sans que l’on cherche la difficulté par une voie d’abord inadéquate et périlleuse.

A. Incision de la peau :

- L'incision cutanée est horizontale ou concave vers le haut, à la limite de la pilosité pubienne, étendue latéralement selon les nécessités opératoires (fig. 5.8).
- Elle passe à hauteur de la ligne médiane à environ deux travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne.

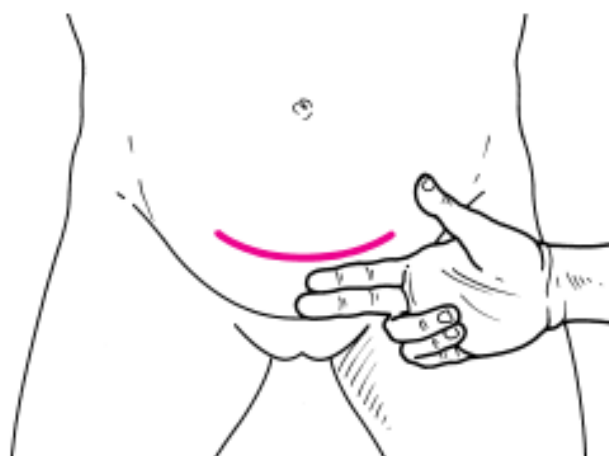


Fig. 5.8. – *Tracé de l'incision de Pfannenstiel deux travers de doigts au-dessus du pubis.*

B. Incision de l'aponévrose, du fascia transversalis et du péritoine :

- Dans la technique originale de Pfannenstiel, l'opérateur incise l'aponévrose transversalement, parallèlement à l'incision cutanée. En écartant la peau en haut et en dehors avec deux écarteurs de Farabeuf, on peut réaliser une incision aponévrotique sensiblement supérieure à l'incision cutanée et plus longue que celle-ci, ce qui donne un meilleur jour.
- L'aponévrose incisée, une pince d'Ombredanne est placée sur les deux lèvres aponévrotiques, puis on décolle le feuillet aponévrotique supérieur des muscles droits. Les perforantes qui se tendent seront coagulées ou liées. On fait de même vers le bas (fig. 5.9 à 5.11).

- La fermeture de l'aponévrose est faite par un surjet de fil à résorption lente 2/0 ou 0 ou D3 après avoir fermé le péritoine. Si le décollement aponévrotique est hémorragique, il est prudent de laisser un drain de Redon sous-aponévrotique qui est enlevé au bout de 48 heures (fig. 5.12).

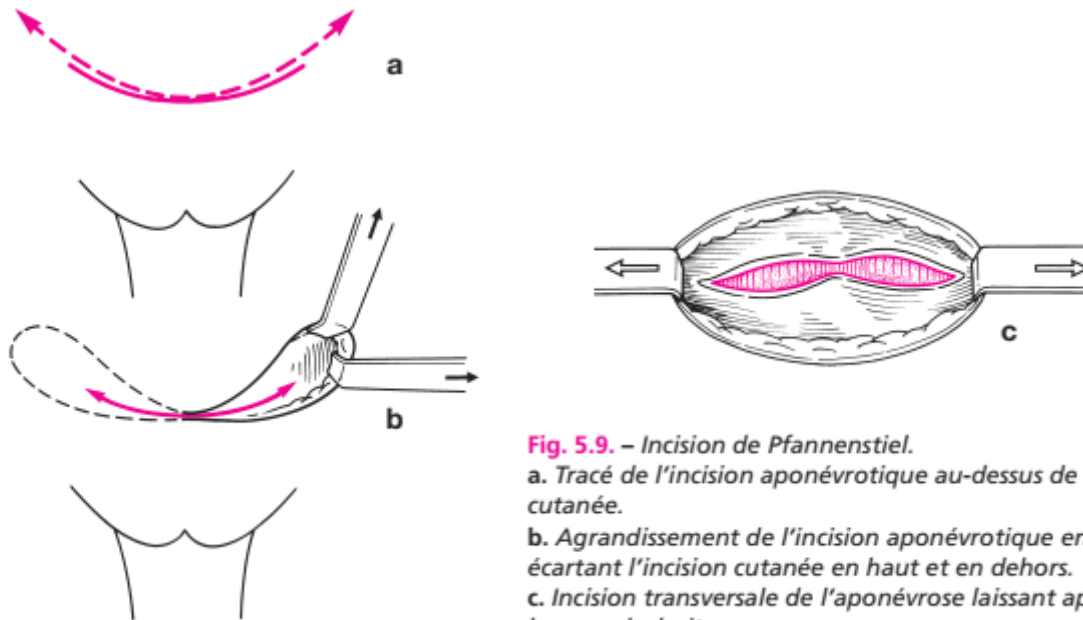


Fig. 5.9. – Incision de Pfannenstiel.

a. Tracé de l'incision aponévrotique au-dessus de l'incision cutanée.

b. Agrandissement de l'incision aponévrotique en écartant l'incision cutanée en haut et en dehors.

c. Incision transversale de l'aponévrose laissant apparaître les grands droits.

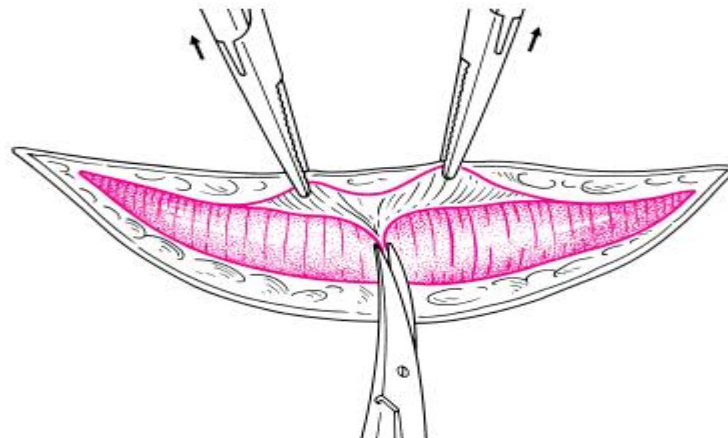


Fig. 5.10. – Incision de Pfannenstiel : décollement de l'aponévrose vers le bas.

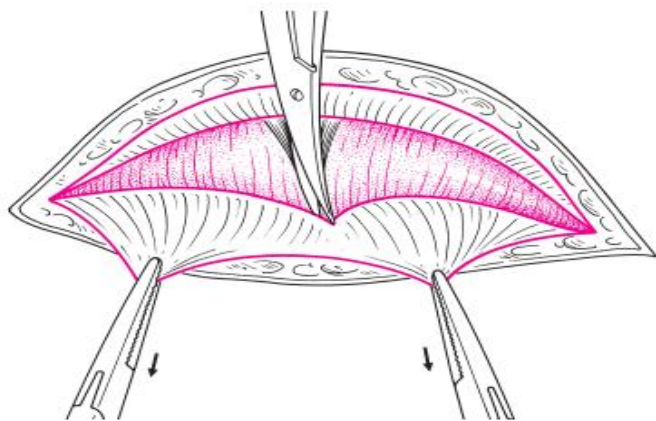


Fig. 5.11. – Incision de Pfannenstiel : décollement de l'aponévrose vers le haut.

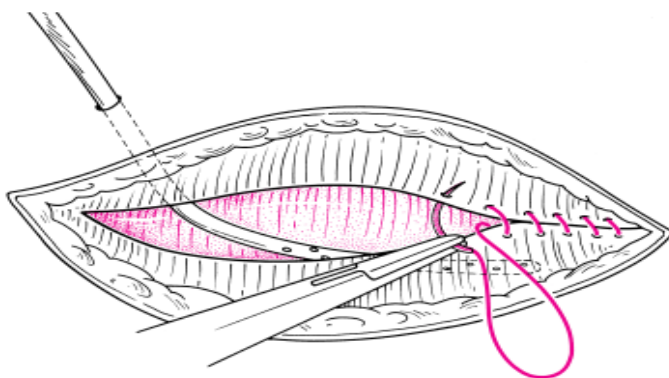


Fig. 5.12. – Incision de Pfannenstiel : fermeture de l'aponévrose sur un drain de Redon.

- L'ouverture de l'aponévrose, du fascia transversalis, du péritoine et la fermeture pariétale sont faites de la même manière que celle décrite pour la laparotomie médiane sous-ombilicale.

III. Laparotomie Transversale Basse de Mouchel :

- La voie d'abord proposée par Maylard (1907) et remise à l'honneur par Mouchel est une laparotomie transversale basse avec section des muscles grands droits.
- Le résultat esthétique est identique à celui obtenu par la voie d'abord de Pfannenstiel mais cette incision donne sur le pelvis un jour plus grand permettant d'effectuer la totalité des interventions gynécologiques La solidité est théoriquement aussi bonne que celle de l'incision de Pfannenstiel. Il nous semble cependant que, du fait de la section des muscles droits, les éventrations sont plus fréquentes qu'avec le Pfannenstiel classique. Nous pensons que cette incision ne doit pas être la voie d'abord élective de la gynécologie, mais doit être réservée aux malades obèses.
- Elle est contre-indiquée si les malades ont déjà eu une laparotomie médiane sous-ombilicale (il faut dans ce cas reprendre la même voie d'abord) et en cas de chirurgie pour cancer de l'ovaire (la laparotomie médiane étant alors préférable pour pouvoir faire une exploration abdominale complète).

A. Incision de la peau :

- L'incision cutanée est identique à celle de l'incision de Pfannenstiel.
- Le tissu cellulaire sous-cutané est sectionné au bistouri électrique, à la verticale de l'incision cutanée jusqu'à la face antérieure du plan aponévrotique, formé de dedans en dehors par la ligne blanche, le feuillet antérieur de la gaine du muscle grand droit et l'aponévrose du muscle grand oblique.

B. Incision de l'aponévrose :

- L'incision de l'aponévrose commence sur la ligne médiane à 2 ou 3 cm au-dessus du pubis.
- Elle est poursuivie latéralement de part et d'autre de la ligne médiane, en étant concave vers le haut de manière à atteindre le bord externe du muscle grand droit, 3 à 4 cm plus haut que l'incision faite sur la ligne médiane. Cette incision aponévrotique arciforme permet de rester à distance, en dehors du canal inguinal. L'incision est faite aux ciseaux ou au bistouri électrique, sans aucun décollement.
- Le repérage de chaque côté du pédicule artérioveineux épigastrique est nécessaire avant de sectionner les muscles grands droits. Le pédicule épigastrique est situé au bord externe et en arrière du muscle grand droit entouré d'une atmosphère cellulograsseuse plus ou moins abondante. Il envoie constamment à la face postérieure du muscle grand droit, mais à une hauteur variable, un pédicule artérioveineux qu'il convient de repérer et de respecter. Le repérage du pédicule épigastrique se fait avec la pointe des ciseaux de Metzenbaum fermés ou à l'aide d'un tampon monté sur pince.
- Il est utile de s'aider de deux écarteurs de Farabeuf tenus par l'aide : un écarteur externe dirigé vers le dehors chargeant la partie interne de l'aponévrose du petit oblique ; un écarteur interne dirigé vers le dedans chargeant le bord externe du muscle grand droit (fig. 5.13).

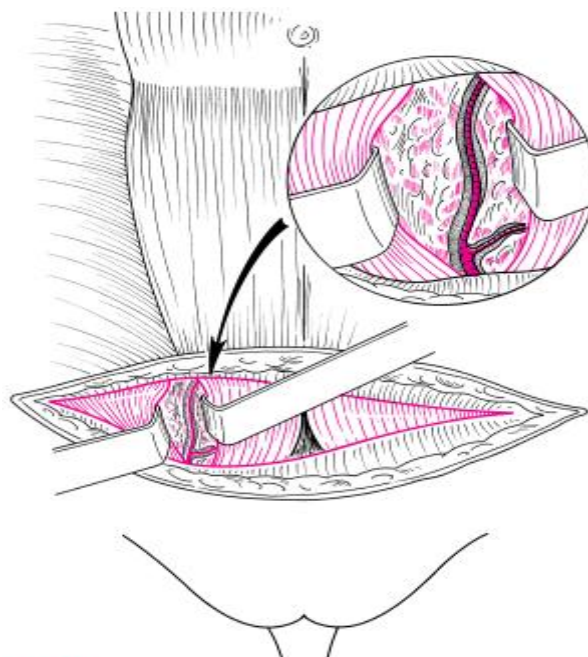


Fig. 5.13. – Incision de Mouchel : repérage du pédicule épigastrique au bord externe du grand droit.

C.Incision des muscles grands droits :

- L'incision musculaire est faite au bistouri froid ou au bistouri électrique. Elle est horizontale, à 3 ou 4 cm au-dessus du pubis.
- Pour éviter de blesser le pédicule épigastrique, l'opérateur repousse vers le dedans le bord externe du muscle grand droit à l'aide d'une pince à disséquer tenue de la main gauche. Il peut ainsi sectionner le muscle de dehors en dedans en ayant un contrôle visuel permanent du pédicule épigastrique (fig. 5.14).
- L'hémostase des vaisseaux intramusculaires est faite au bistouri électrique.
- Le lambeau musculaire inférieur, très court, ne se rétracte pas. Le lambeau musculaire supérieur se rétracte sur une hauteur de 2 à 3 cm. Après avoir sectionné le muscle grand droit d'un côté, on procède de la même manière du côté opposé.

..

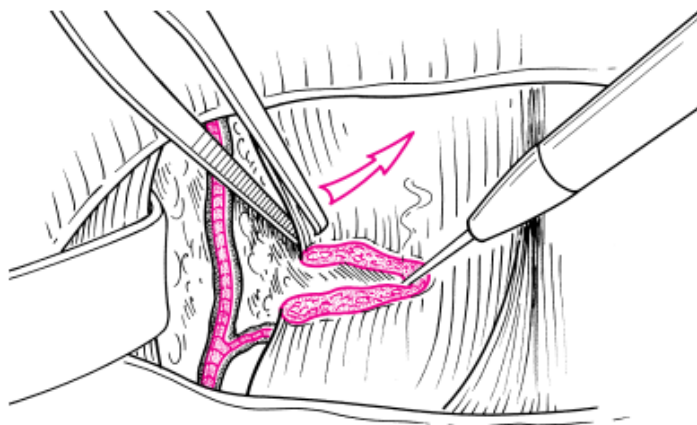


Fig. 5.14. – Incision de Mouchel : section au bistouri électrique, du grand droit de l'abdomen de dehors en dedans.

D. Incision du péritoine et du fascia transversalis :

- Le fascia transversalis et le péritoine, habituellement accolés l'un à l'autre, sont incisés transversalement.
- L'incision est effectuée suffisamment haut à partir de la ligne médiane pour éviter la vessie. Latéralement, les pédicules épigastriques sont protégés en étant refoulés vers le dehors par l'aide avec un écarteur de Farabeuf.
- L'écartement des deux berges musculo-aponévrotiques est assuré par un écarteur de Gosset placé transversalement. La valve supérieure de l'écarteur refoule vers le haut les anses grêles préalablement entourées d'un champ abdominal humide.
- Plusieurs variantes de cette voie d'abord ont été décrites :
 - section d'un seul muscle grand droit en cas de chirurgie annexielle unilatérale
 - section partielle interne des deux muscles grands droits en cas de césarienne (fig. 5.15).

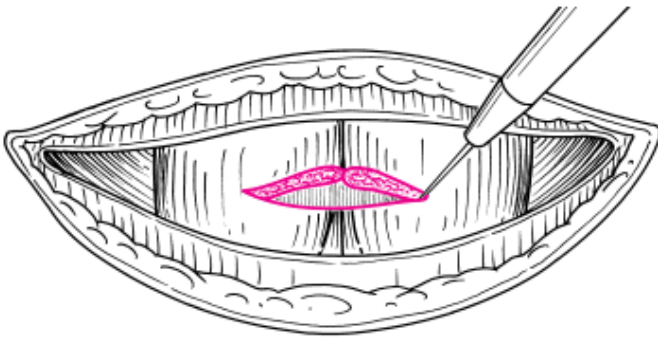


Fig. 5.15. – *Incision de Mouchel : section du bord interne du grand droit au bistouri électrique.*

E. Fermeture pariétale : Elle est faite plan par plan :

- le péritoine et le fascia transversalis sont fermés par deux hémisurjets de fil à résorption lente 2/0 (D3) serti.
- les berges musculo-aponévrotiques sont fermées à points séparés ou par deux hémisurjets de fil à résorption lente 0 ou 1 (D4). Les deux points d'angle doivent être placés en veillant à ne pas léser le pédicule épigastrique.
- le tissu cellulaire sous-cutané est fermé par un surjet de fil à résorption lente 3/0 (D2) serti.
- la peau est fermée à points séparés de fils 3/0 ou par un surjet intradermique de fil à résorption rapide 3/0 (D2) serti ou par des agrafes. Aucun drainage pariétal n'est nécessaire.

MATERIEL

ET METHODES

Nous rapportons dans ce travail une étude rétrospective portant sur 6 patientes ayant bénéficiée d'une laparotomie transversale sous ombilicale colligées dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès sur une durée de allant de à .

L'étude des dossiers nous a permis de relever les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des examens complémentaires effectués que ce soit dans un but diagnostic ou thérapeutique.

A. Interrogatoire :

Cette Enquête a permis d'extraire les principaux facteurs qui influencent le déroulement de l'acte chirurgical et les complications post-opératoires, en se basant surtout sur :

- Age
- Origine des malades
- Niveau intellectuel.
- Niveau socio-économique.
- Habitudes Toxiques.
- Antécédents Personnels Gynco-Obstétrique.
- Antécédents Médicaux : Surtout Obésité, HTA, Diabète, Infections Urinaires...

B. Examen Clinique :

Toutes les patientes ont bénéficiées d'un examen physique complet tout en insistant sur :

- Examen général pour Chercher aussi d'éventuelles affections ou tares associées.

- Examen gynécologique Consiste à rechercher une masse palpable avec ses différentes caractéristiques surtout le siège et la consistance et la forme à l'aide de Toucher vaginale et l'inspection à l'aide d'un spéculum
- Le Suivi des grossesses chez ces femmes aussi été exploré.

C.Examens Complémentaires :

Sont demandés en 1er lieu les examens biologiques systématiques dans le cadre de bilan préopératoire : groupe sanguin et rhésus, une numération formule sanguine, une azotémie et une glycémie.

Une consultation d'anesthésie doit être programmée.

Une Echographie Pelvienne qui explore l'utérus de toutes les femmes avec recherche d'éventuels myome et leurs caractéristiques.

L'Echographie obstétricale objective la Biométrie, Evalue l'insertion placentaire et quantifie le liquide amniotique.

Et en fin un ECBU a été demande à la recherche d'une infection urinaire chez les femmes concernées avec etude antibiogramme.

D. Traitement chirurgical :

Décrit les modalités de traitement chirurgicale en se basant sur la Voie d'abord qui était de type Laparotomie sous ombilicale, puis nous décrivons la technique et difficulté rencontrées.

E. Suites post-opératoires :

La surveillance réalisée a fin d'extraire les principales complications présentées par les patientes à fin d'aboutir une conclusion.

RESULTATS

A. ANAMNESE :

1. Nombre de Patientes :

Notre étude a concerné 6 femmes ayant Bénéficiées d'une Laparotomie Sous Ombilicale pour Différentes indications.

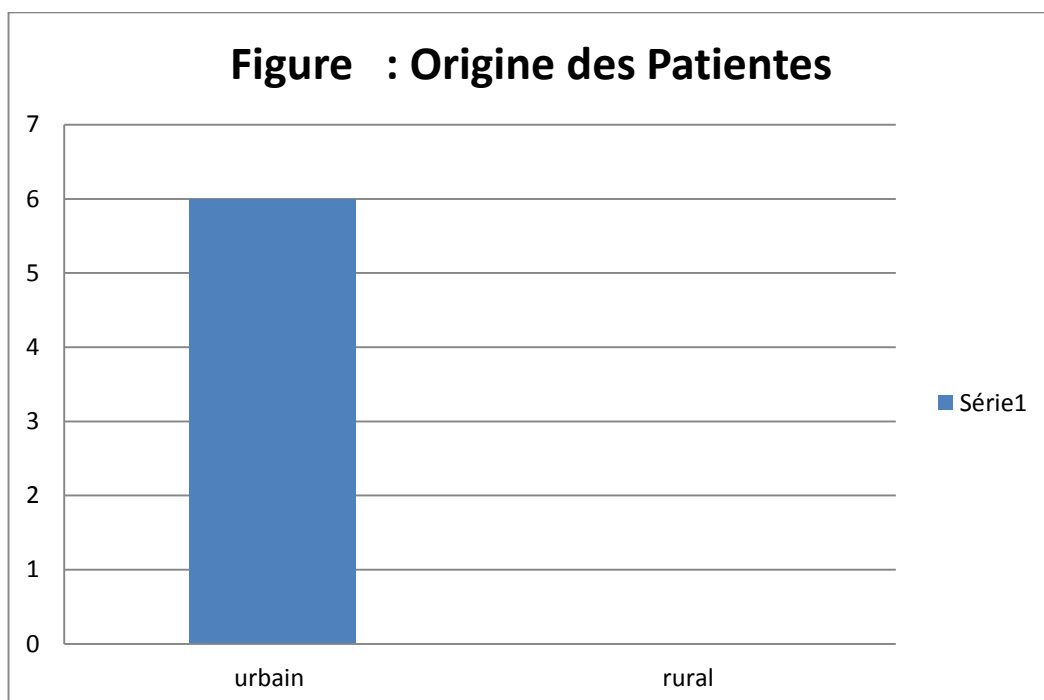
2. Age :

L'âge moyen de nos patientes a été de 32 ans avec des extrêmes allant de 26 à 52 ans.

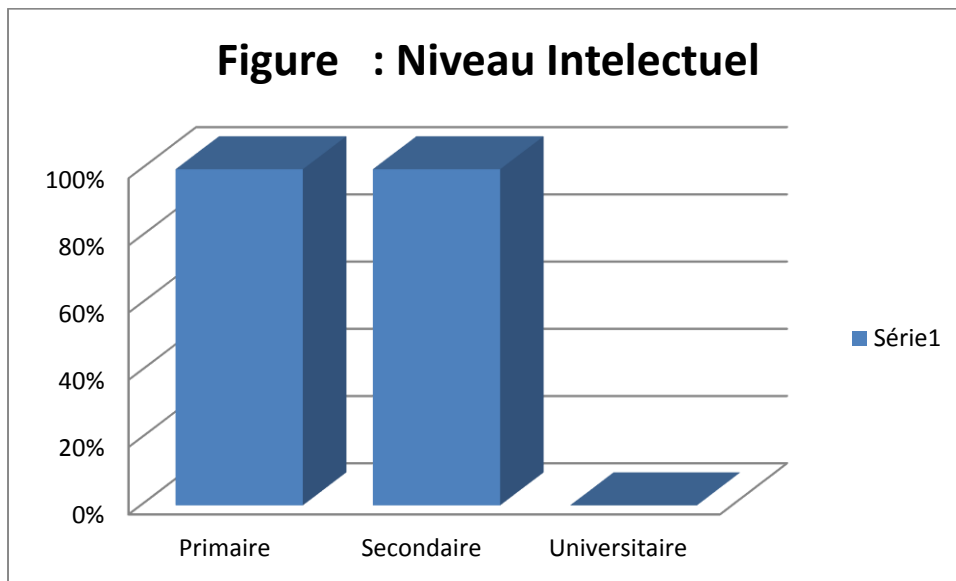
3. AGE DES MENARCHES :

L'Age moyen des ménarches chez ces patientes a été de 13 ans avec des extrêmes allant de 10 à 15 ans.

4. Origines des Patientes :



5. Niveau Intellectuel :



6. Niveau-Socioéconomique :

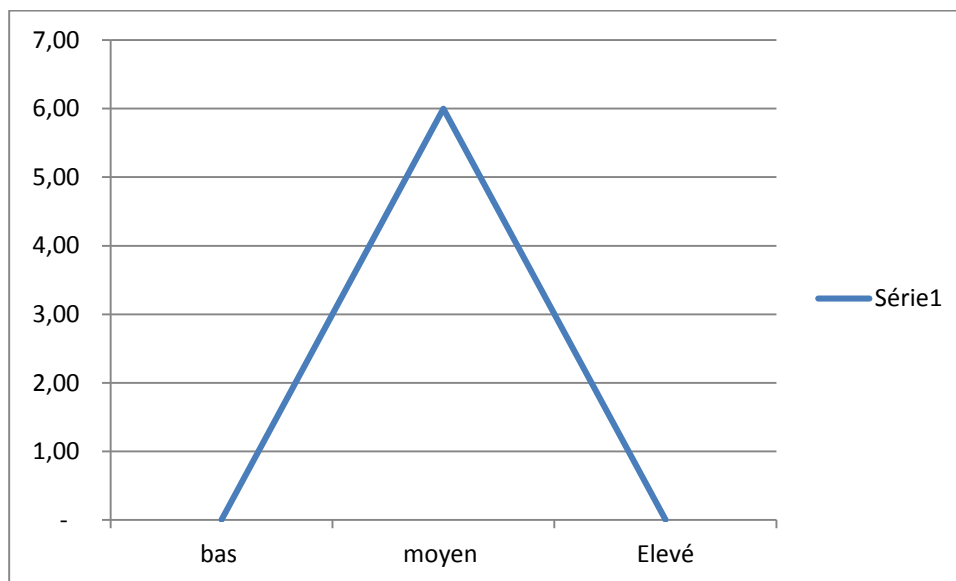


Figure :

7. Habitudes Toxiques :

Aucune de Ces Femmes N'avait des Habitudes Toxiques.

8. Antécédents Personnels Gynéco-Obstétriques :

a. Age des Ménarches :

L'Age moyen des ménarches chez ces patientes a été de 13 ans avec des extrêmes allant de 10 à 16 ans.

b. Age Début de l'Activité Génitale :

L'Age moyen du début de l'activité génitale a été de 22 ans avec des extrêmes allant de 19 à 32 ans.

c. La Gestité :

La Gestité Moyenne des Femmes a été de 2.5

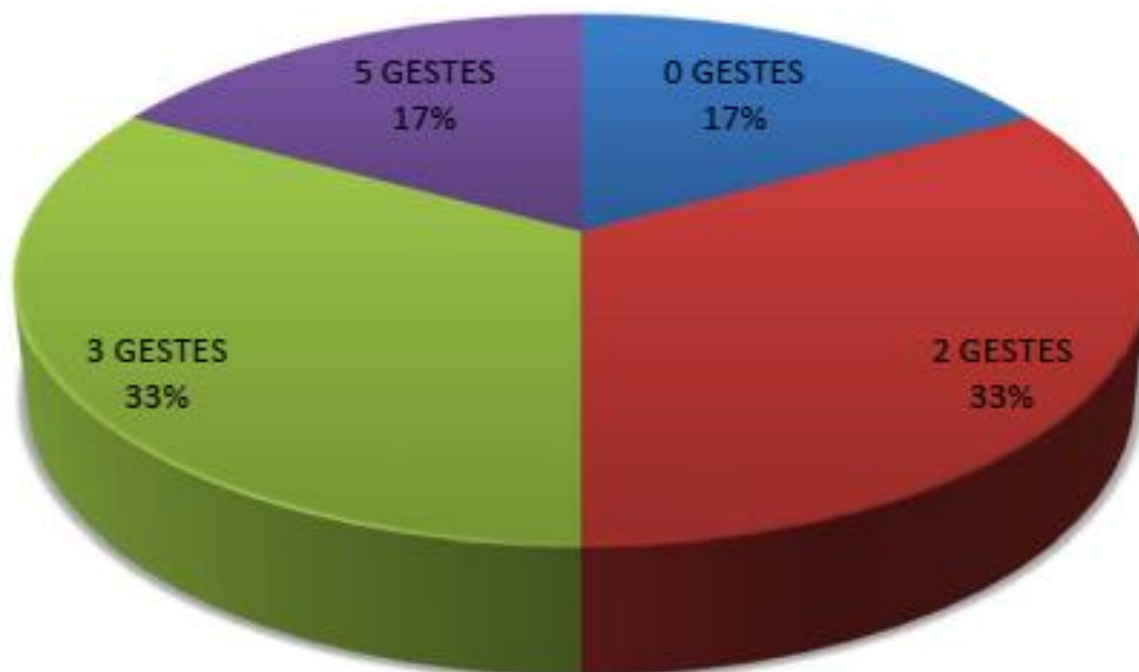


Figure : Répartition des Femmes en Fonction de la Gestité

d. **Contraception** :

La Notion de Contraception a été constaté chez 1 Seule Femme.

e. **Fausse Couche** :

Aucune Femme de Nos Patientes n'a Présenté de Fausse Couche.

c. **Prématurité** :

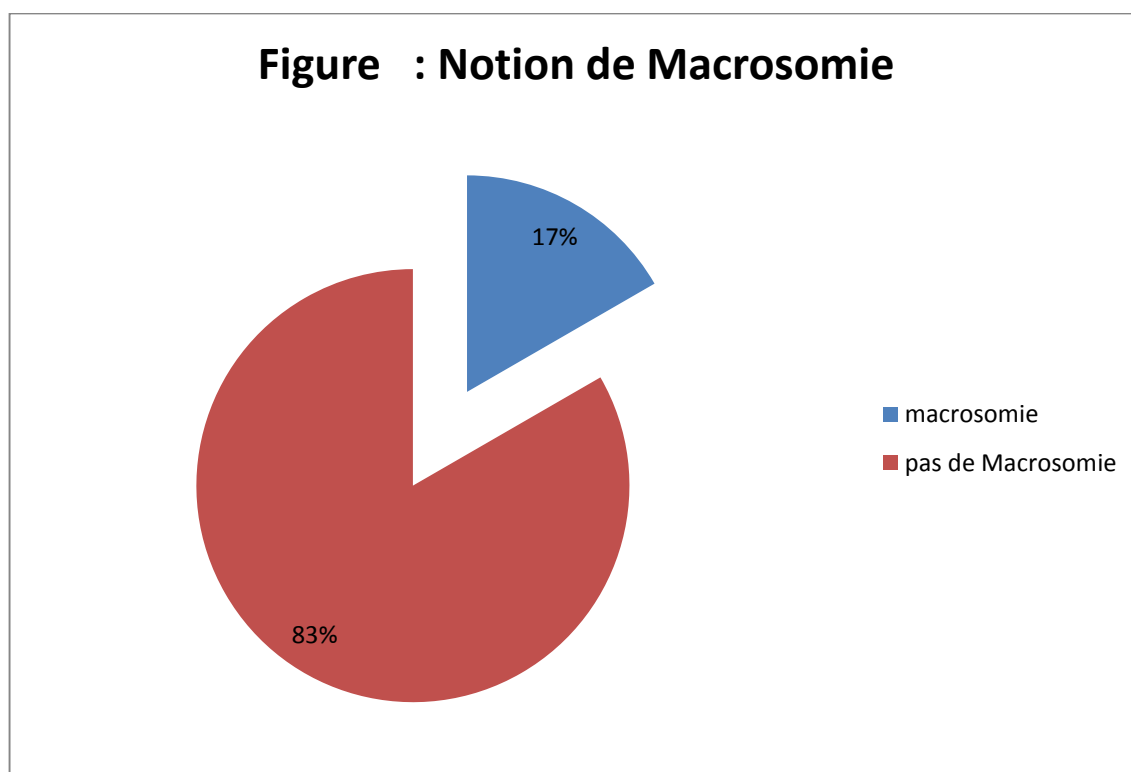
Pas de Notion de Prématurité chez les femmes Concernées.

d. **Hypotrophie** :

La Notion d'Hypotrophie a été constatée chez 1 seule Femme Sur 6.

e. **Macrosomie** :

la Notion de Macrosomie a été Constatée chez 1 Seule Femme Sur 6



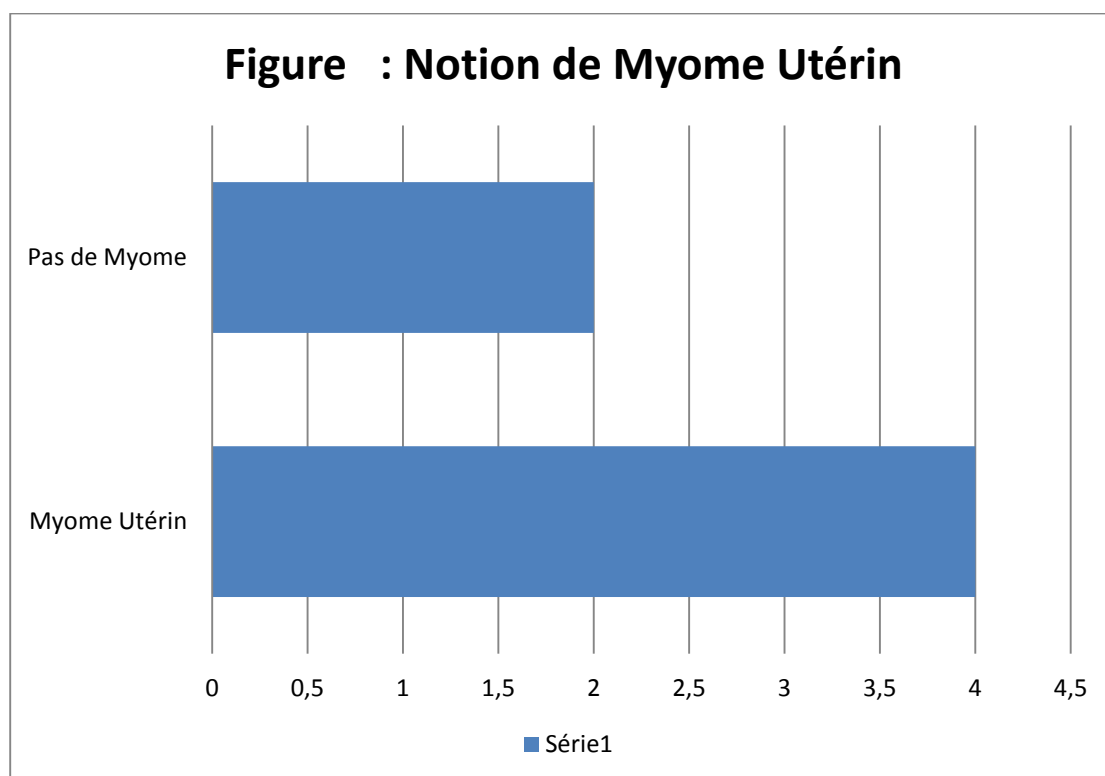
9. ATCD Médicaux :

a. Obésité :

Toutes Les Femmes (06) Concernées Etaient En Etat d'Obésité

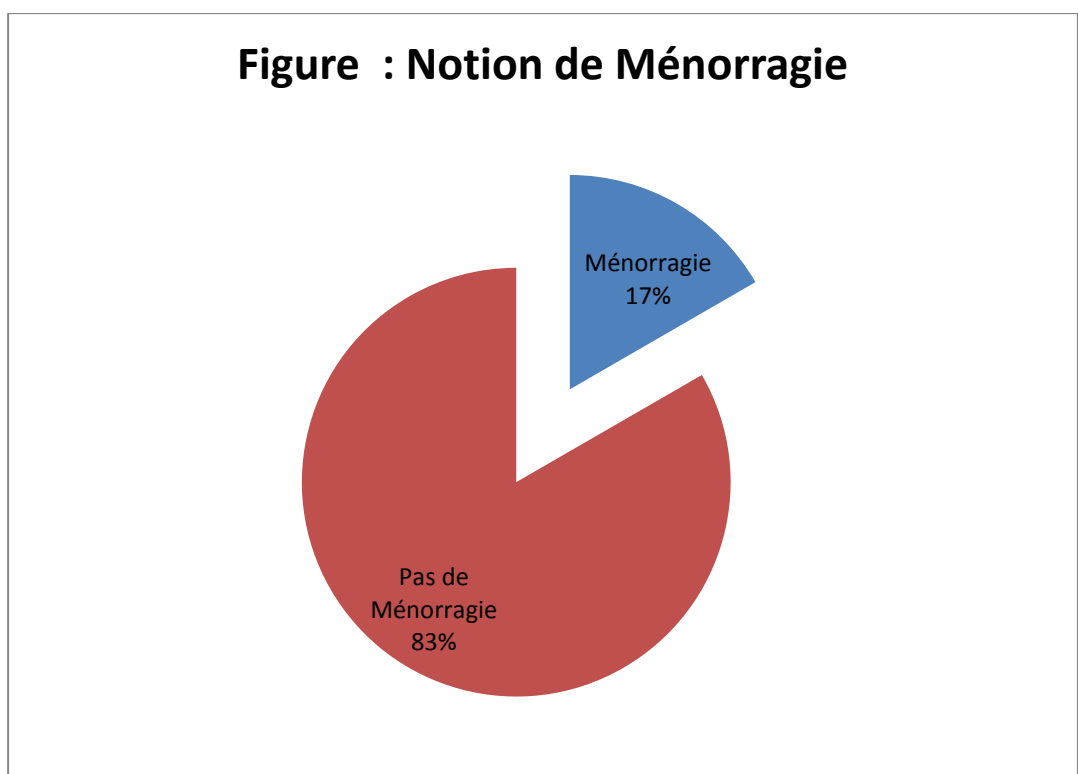
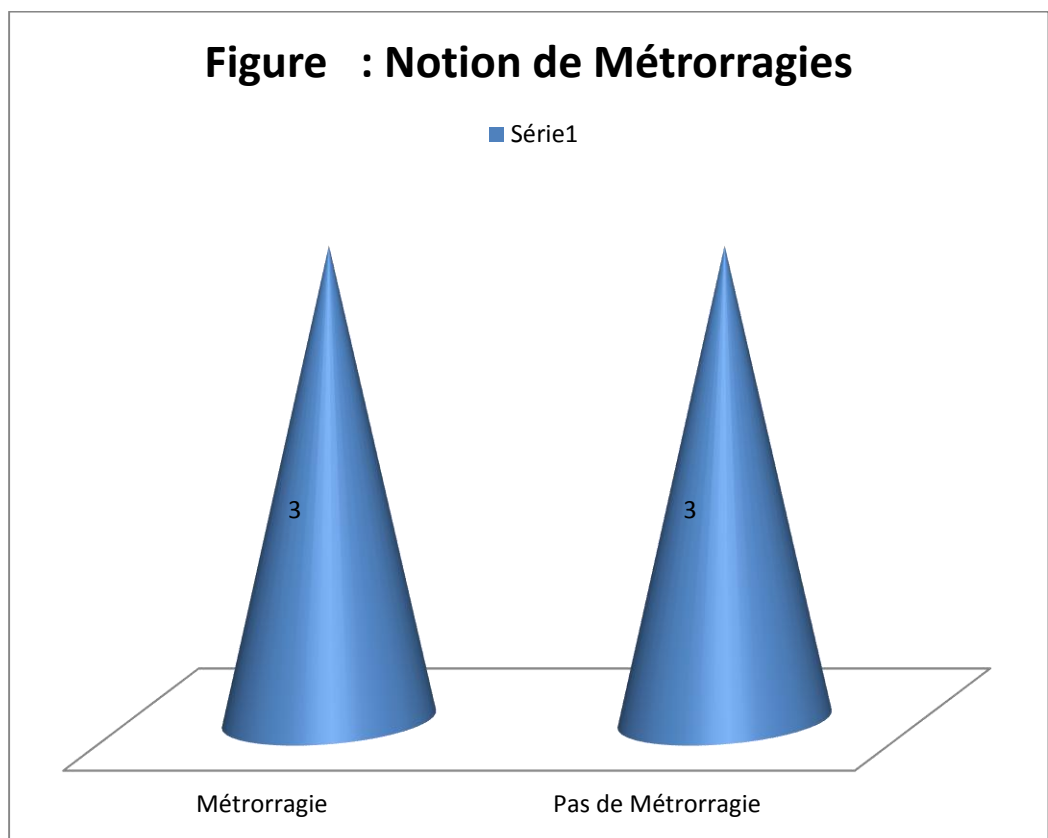
b. Myome Utérin :

Durant l'Enquête 4 Femmes sur 6 avaient un Myome Utérin dans les Antécédents.



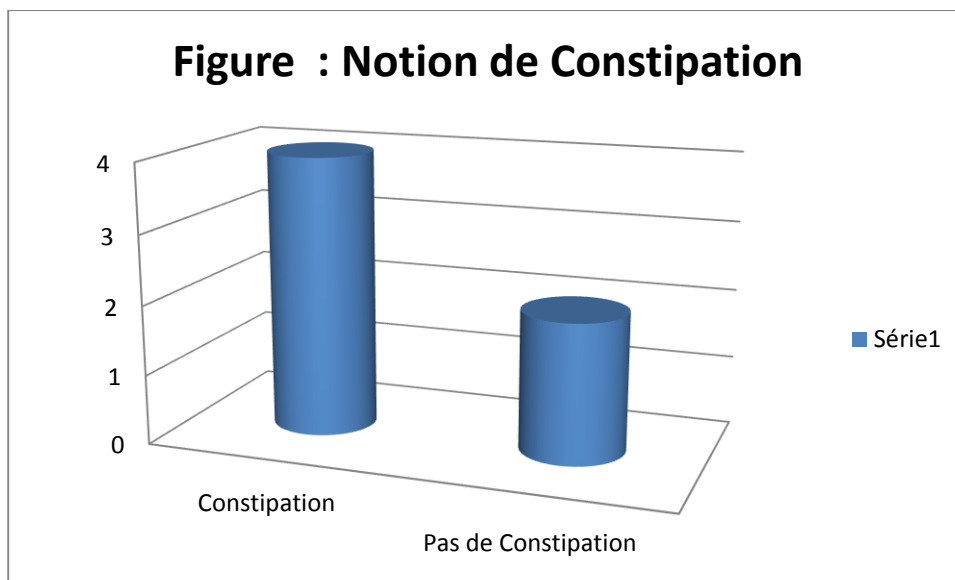
c. Métrorragies et Ménorragies :

03 Femmes Sur 06 Avaient des Métrorragies dans les ATCD et 01 Femme sur 06 avaient des Ménorragies.



d. Constipation :

La Constipation a été Constatée Chez 04 Femmes.

**e. Infection Urinaire :**

La Notion d'infection Urinaire a été Objectivée dans les ATCD de 03 Femmes.

f. Nécrobiose Aseptique :

02 Patientes ont déjà Présenté une Nécrobiose Aseptique dans les ATCD.

g. HTA :

01 Femme Sur les 06 Présente une HTA Comme ATCD.

h. Diabète :

01 Femme Sur les 06 Présente le Diabète comme ATCD.

10. ATCD Personnels Chirurgicaux :**a. Myomectomie :**

Aucune Femme n'a Bénéficiée de Myomectomie chez Nos Patientes

b. Kystectomie :

Pas de Notion de Kystectomie chez l'Ensemble de Nos Patientes.

c. **Polypectomie** :

01 seule Femme de Nos Patientes ayant une Polypectomie comme ATCD sur son dossier.

d. **Césarienne** :

Aucune de Nos Patiente n'avait une césarienne dans les ATCD.

11. **ATCD Familiaux** :

a. **Utérus Myomateux** :

Aucune de Nos Patiente n'avait dans la famille la notion d'utérus Myomateux.

b. **Ménorragie** :

Pas de Ménorragie dans la famille de Nos Patiente.

c. **Métrorragie** :

Pas de Métrorragie dans la famille de Nos Patientes.

d. **Saignement Post-Ménopausique** :

Pas de Saignements Post-Ménopausique chez la famille de Nos Patientes

e. **Obésité** :

La Notion d'Obésité a été Constatée chez la famille de 03 Patientes

f. **HTA** :

02 Femmes Sur 06 Avait des Membres de la famille avec l'HTA

g. **Diabète** :

01 Femme sur 06 avec des personnes diabétiques dans la famille

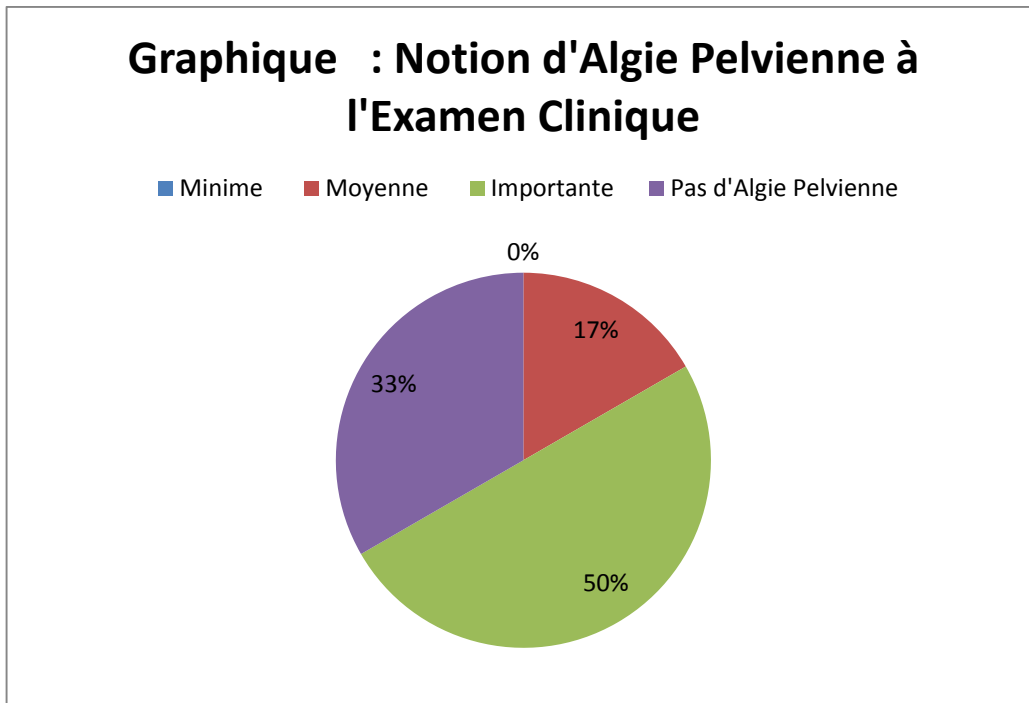
h. **Dyslipémie** :

01 seule Femme qui Avait dans la famille des personnes qui se traitent de dyslipédémie.

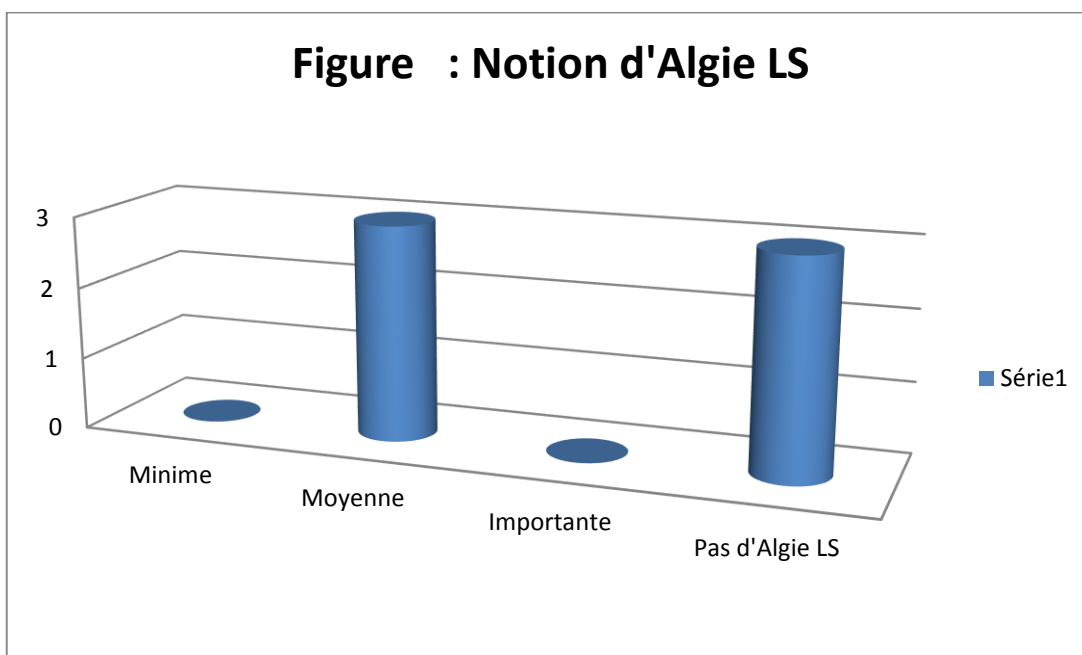
B. EXAMEN CLINIQUE :

7. Interrogatoire :

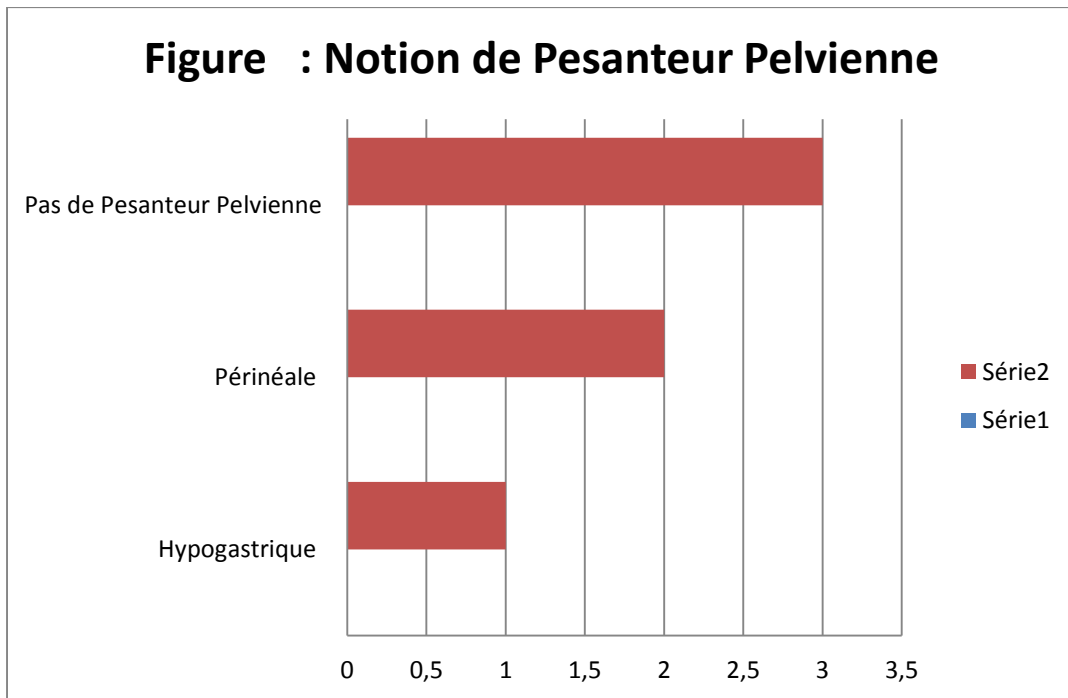
a. Algie Pelvienne :



b. Algies Lmobo-Sacré :

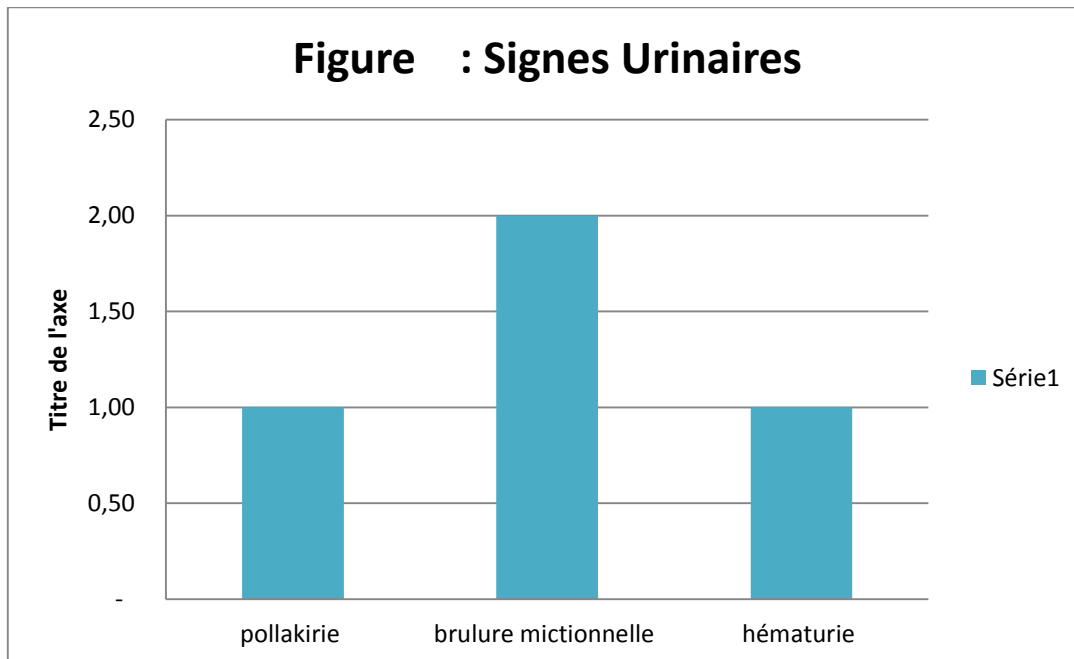


c. Pesanteur Pelvienne :



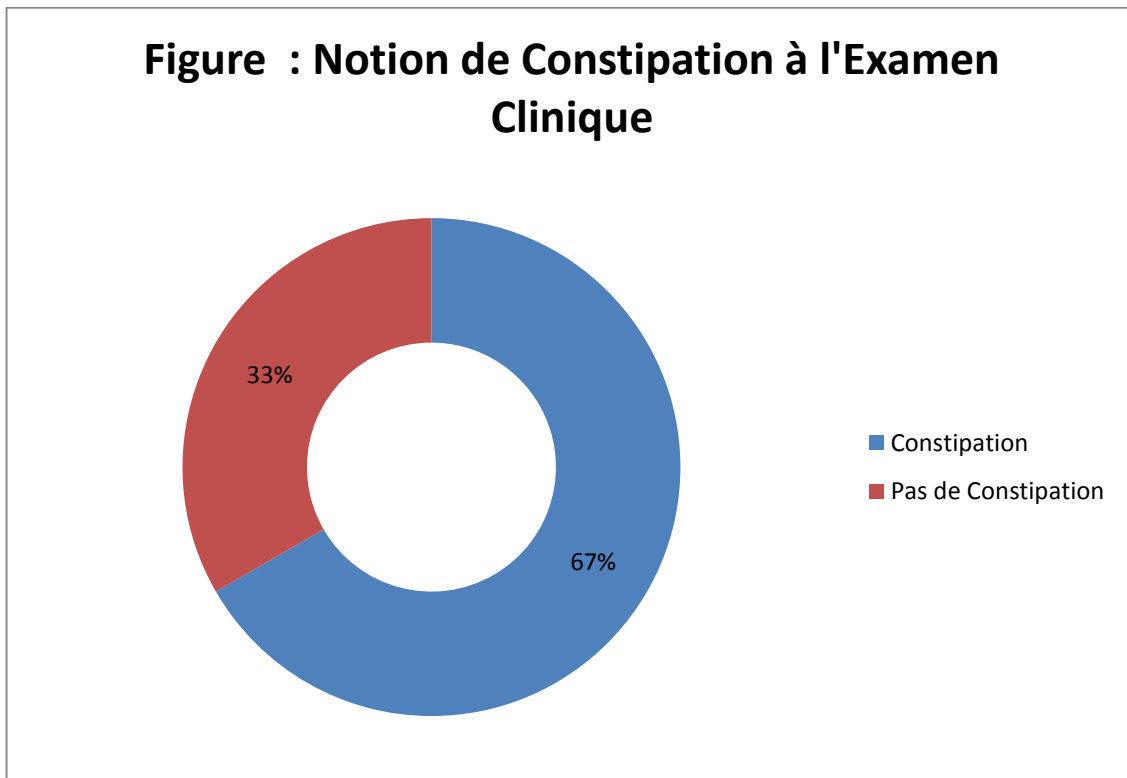
d. Signes Associés :

➤ **Signes Urinaires :**



➤ **Constipation :**

La Notion de Constipation a été constatée chez 4 Patientes Lors de l'Examen Général.



2.Examen Général :

a. Pâleur :

La Notion de Paleur a été constatée chez 4 Femmes durant l'Etude Effectuée.

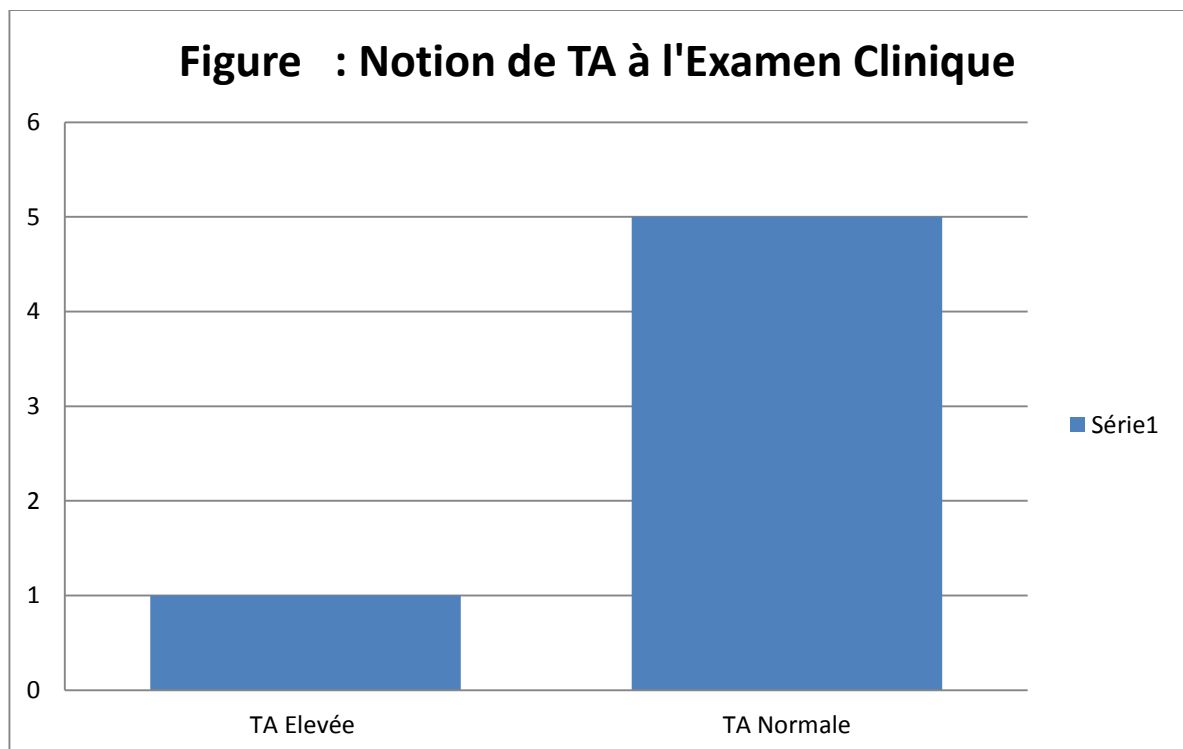
b. Conjonctives :

Elles Etaient Normocolorées chez 02 Femmes et Décolorées Chez 04 Femmes.

c. La Température :

Toutes Les Femmes Concernées par Notre Etudes Avaient une Température Normale.

d. Tension Artérielle :



e. Poids :

Le Poids Moyen de Nos Patientes Etait de 99kg Avec des Extrêmes Allant de 92kg à 108Kg.

f. Taille :

La Taille Moyenne de Nos Patientes Etait de 1.55m avec des Extrêmes Allant de 1.50m à 1.62m.

g. IMC :

Toutes les Femmes Concernées par Notre Etude Avant un Indice de Masse Corporel > 45.

3.Examen Gynécologique :**a. Palpation de Masse :****▪ Siège :**

Durant notre Enquête on a Constaté que 4 femmes Avaient une masse Pelvienne et 1 seule Femme Avec une Masse Abdomino–Pelvienne.

▪ Consistance :

Parmi ces Masse Retrouvée 04 Avaient une Consistance Ferme.

▪ Autres Caractéristiques :

4 Femmes Avaient une Masse Poly–lobulée, et Ces Masses Etaient Mobiles Chez 04 femmes, LE Caractère Dououreux n'avait pas de place chez nos patientes.

▪ Toucher Vaginal :

Le TV a été Effectuée Chez Toutes les Femmes Concernées, dont il a objectivé un col de siège et de longueur normales, sans aucune ouverture chez toutes femme, avec un comblemnt de Douglas chez 02 Femmes.

▪ Speculum :

Toute les Femmes ont bénéficiées d'un Examen Au Spéculum, dont il a objectivé un col inflammatoire chez 01 Seule Femme, Sans Saignement, et revenu en faveur de leucorrhée chez 01 Seule Femme.

▪ **Mobilisation de la Masse Imprégnée Au Col :**

La Masse Imprégnée au Col Etait Mobile Chez 04 Femmes.

4.Echographie Pelvienne :

a. **Taille de l'Utérus :**

- > 12cm de Grand Axe : 01F.
- 12 m de Grand Axe : 01F.
- 11.5cm de Grand Axe : 01F.
- 10cm de Grand Axe : 01F.

b. **Etude des Myomes :**

Au Total on a Retrouvé 15 myomes qui varient entre 7, 5 et 3 chez 3 Femmes.

5.Echographie Obstétricale :

Le Suivi de Grosses par Echographie Obstétricale n'était que chez 2 Femmes pendant notre Etude.

a. **Biométrie :**

L'Age Gestationnel Estimé à l'Echographie Etait Identique A Celui calculé à partir de la DDR chez les 2 Femmes.

b. **Placenta :**

Le Placenta a Eté Normalement inséré chez les 02 Femmes .

c. **Liquide Amniotique :**

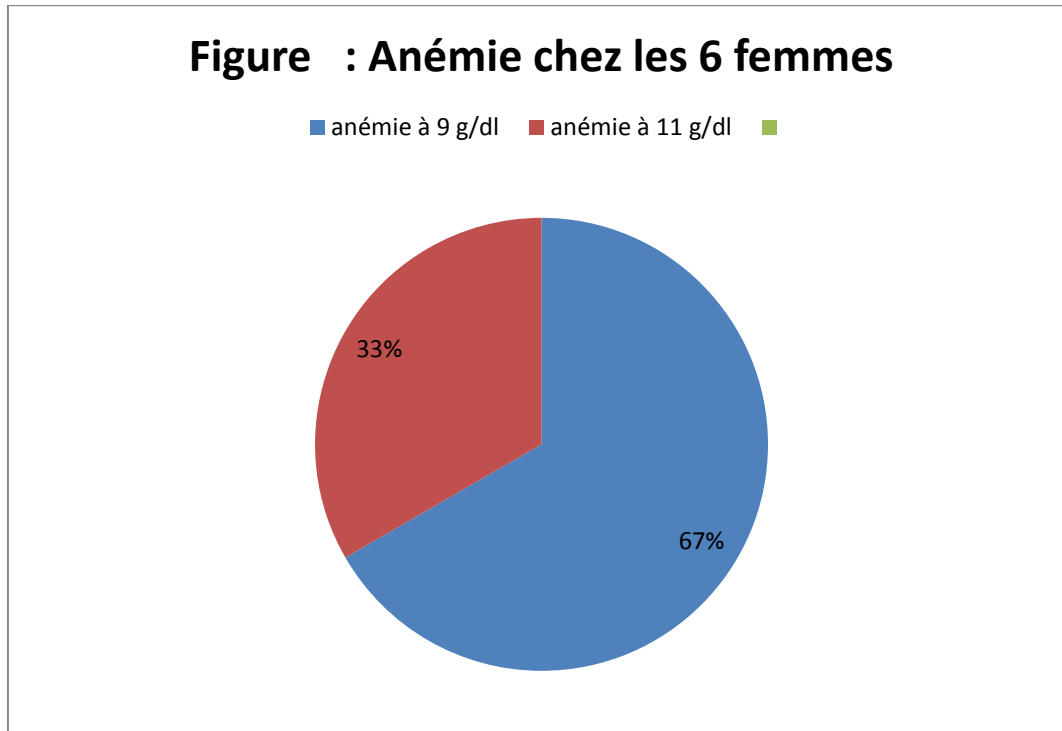
Le Liquide Amniotique chez les 2 Femmes Etait de Volume Normal.

6. Examens Biologiques :

a. NFS :

▪ Anémie :

Une Anémie a été Objectivée chez 6 Femmes



▪ Hyperleucocytose :

Une hyperleucocytose a été constatée chez 1 seule Femme sur les 6.

▪ Plaquette :

Le Taux de Plaquette Etait Normale chez Toutes les Femmes Concernées.

b. ECBU :

▪ Nombre d'Episode Pendant la Grossesse :

On a Retrouvé 2 Episodes Chez 2 Femmes.

▪ Germe :

- ✓ E.Coli X
- ✓ Entérobactérie.

- ✓ Serratia.
- ✓ Proteuse
- **Antibiogramme -> Sensibilité :**
 - ✓ **Amoxicilline + Acide Clavulanique.** 2 Femmes.
 - ✓ **Céphalosporine 2ème Génération.**
 - ✓ **Céphalosporine 3ème Génération.**
 - ✓ **Aminosides.**
 - ✓ **Quinolones.**

C. TRAITEMENT CHIRURGICAL :

1. Voie d'Abord :

La Voie d'Abord Choisie chez Toute les Femmes est Sous Ombilicale

2. Technique :

Laparotomie Transversale Sous Ombilicale, Section de l'Aponévrose Musculaire, Ecartement des veines Transfixiantes, Section des Muscles Droits Abdominaux et Abord de l'utérus pour une Césarienne ou Eventuelle Chirurgie Gynécologique.

3. Extraction Foétale :

Extraction Céphalique Facile

APGAR 8/10

Extraction Frontale Siège Facile

APGAR 6/10

D. SUITES POST-OPERATOIRES :

1. Simple :

Les Suites de Couches Etaient Simples Chez Presque Toutes les Femmes Concernées par le Suivi.

2. Hématomes :

On A Constaté un Léger Hématome chez 1 Seule Femme.

3. Infection de la Paroi :

Aucune de Nos Patiente N'a Présenté une Infection de la Paroi

4. Durée du Séjour à l'Hôpital :

Varie entre les Patientes de 3 à 5 Jrs.

5. Aspect de la Cicatrice :

La Cicatrice Etait de Bonne Qualité pour les 06 Femmes.

6. Nouveau-Née :

➤ **Poids Normal :**

1 seul Nouveau-Né avait un poids Normal de 3400g.

➤ **Hypotrophie :**

5 Nouveau-Nés était en Hypotrophie avec un poids estimé à 2500g.

➤ **Complications Respiratoire :**

Aucun Nouveau-Né n'a Présenté de Complications Respiratoire.

➤ **Infections Néonatale :**

Aucun Nouveau-Né N'a Présenté d'Infection Néonatale.

7. Allaitement :

L'Allaitement a été Remarqué chez 2 femmes.

DISCUSSION

Parmi les voies d'abord chirurgicales adoptées par les gynécologues quel que soit l'indication on trouve la laparotomie sous ombilicale transverse, comme toutes les chirurgies, il peut être associée à des complications que ça soit en Per ou Post-opératoire qui doivent être toujours présentes à l'esprit.

A. Fréquence des Complications :

La Fréquence des Complications per et post opératoires des interventions chirurgicale en gynécologique par voie laparotomique varie surtout selon le type de laparotomie choisi et la population étudiée.

Nos Patientes Ont été référées des Centres de Santés, des hôpitaux régionaux et des cabinets privés .

Certains auteurs ont expliqué que cette Fréquence ne dépend pas seulement de type de laparotomie choisie mais aussi de tares chroniques associée chez femmes, de leurs tailles, poids et Indice de masse Corporel

B. AGE :

Dans la littérature, l'Age moyen des patientes opérées par laparotomie médiane sous ombilicale a été de 25,5 avec des Extrêmes de 21 à 34ans.

Quelques études ont concerné des femmes d'âge avancées estimé d'un moyen de 45ans opérées par laparotomie médiane ombilicale.

L'âge moyen de nos patientes était de 32ans.

Donc selon les données obtenues, l'âge n'impacte pas directement la technique choisie par l'opérateur

C. Origine des Malades :

Dans la littérature la moitié des patientes concernées par la laparotomie médiane sous ombilicale était d'origine Rurale et l'autre moitié sont d'origine urbaine.

D'autres études étaient effectuées sur des femmes viennent toutes du milieu rural.

Nos Patientes étaient toutes originaires du milieu urbain.

L'Origine des patientes n'avait pas d'impact direct sur l'apparition de complications.

D. Niveau intellectuel et socio-économique :

Deux de Patientes avaient un niveau scolaire Primaire et Quartes leurs niveau est de secondaire.

Pour le niveau socio-économique est Moyen pour toutes les femmes concernées

Dans la littérature les auteurs ont conclu l'impact du niveau intellectuel et socio-économique sur la survenue de complications à travers leurs consciences du danger de suites post-opératoires et les moyens économique pour accéder aux soins.

E. Habitudes Toxiques :

Aucune de Nos Patientes n'avait d'habitude toxique

Sur les autres études effectuées sur des patientes qui avaient des habitudes toxiques les auteurs ont remarquées l'impact direct de tabagisme et l'alcool sur la survenue des complications surtout infectieuse et ceci a été expliqué par la dysimmunité causée par ces facteurs toxiques.

F. ANTECEDENTS PERSONNELS GYNECO-OBSTETRIQUES :

Parmi les voies d'abord chirurgicales adoptées par les gynécologues quel que soit l'indication on trouve la laparotomie sous ombilicale transverse, comme toutes les chirurgies, il peut être associée à des complications que ça soit en Per ou Post-opératoire qui doivent être toujours présentes à l'esprit.

L'Objectif principal de Notre Travail est de Comparer les Complications Materno-Fœtales de laparotomie transversale et la laparotomie médiane surtout chez les femmes obèse ayant un IMC >25, afin de montrer de manière objective l'intérêt de laparotomie Transversale chez cette catégorie de patiente dans la prévention d'éventuels complications et surtout infectieuses.

Notre Etude Comme Tout Travail Présente Certains Limites :

- Notre Travail Porte Sur une Comparaison entre les complications de laparotomie transversale et laparotomie médiane et ne comporte pas de comparaison avec la chirurgie récemment innovée basée sur coeliochirurgie.
- Le nombre de patientes concernées par notre étude au sein de service de gynécologie de l'HMMI était minime (06) ce qui exigeait d'effectuer une étude rétrospective avec revue de littérature.
- Notre étude avait concernée uniquement les complications post-opératoires à court terme, sans prise en compte celles de long terme.

Les Complications Maternelles :**1. Les Complications Infectieuses :**

L'infection de la paroi post-opératoire par voie laparotomique constitue avec l'hémorragie et les complications thrombo-embolique constituent les causes fréquentes de décès maternel, elle représente actuellement en France la cinquième

cause de mortalité maternelle d'après le rapport publié par l'institut du veille sanitaire sur les décès maternel en France entre 2001 et 2006.

Dans la littérature, les complications infectieuses se positionnent au premier rang des complications après une chirurgie laparotomique, elles entraînent une morbidité post-opératoire et natale pour les césariennes importantes, prolongent la durée d'hospitalisation et majore significativement le cout financier.

Les Principales Etiologies Infectieuses sont la fièvre post-opératoire inexplicée d'origine indéterminées, les Infections Urinaires, l'endométrite du post-partum et les infections de la cicatrice.

Dans notre étude qui n'a concerné que les femmes obèses aucune de ces femmes n'avait une infection de la cicatrice, dont la cicatrisation s'est déroulée dans les bonnes conditions, mais en contrepartie on a constaté quelques cas d'infections urinaires qui sont peut-être relatifs aux désordres hormonales en fin de grossesses ou bien durant leurs séjour en milieu hospitalier entrant dans le cadre d'infections nosocomiales.

En revenant aux données de la littérature, 65 pourcent des femmes obèses ont bénéficiées de laparotomies transversales avaient des complications infectieuses en rapport direct avec l'infection de la cicatrice qui dues à la descente du tablier abdominal sur la cicatrice qui est inévitable pour cette catégorie de laparotomie quel que soit l'indication, et aussi la contamination de la cicatrice par des bactéries d'origine cutanées ou vaginales.

Pour les infections urinaires en post opératoires chez les femmes concernées par notre étude on a constaté 2 cas à la culture des urines l'Escherichia Coli était comme germe causal pour les deux cas ce qui explique l'origine nosocomial de ces infections lors de l'hospitalisation ou mise en place de la sonde urinaire avant l'anesthésie.

Dans la littérature des études effectuées ont montrés que les infections urinaires sont assez fréquentes dans les suites opératoires laparotomiques

Avec un pourcentage de 57% et la plupart des auteurs explique leurs survenue par le manque d'hygiène ou au non respect des mesure de prévention lors de l'hospitalisation ou lors de l'examen gynécologique par l'équipe, voire le rôle primordial de la femme elle-même surtout avec un niveau socio-économique et scolaires bas.

Notre étude va dans le même sens que la littérature pour l'infection urinaire mais pour celle de l'infection de la paroi la laparotomie sous ombilicale a montré de bon résultat avec une bonne qualité de cicatrisation surtout pour les femmes obèses.

2. Complications hémorragiques :

A côté des complications infectieuses, les complications hémorragiques représentent une cause importante de mortalité et de morbidité maternelles.

Elles peuvent être d'origine utérine (par rupture ou inertie), d'origine placentaire (placenta prævia ou placenta accreta), d'origine traumatique ou en rapport avec des facteurs généraux tels que les troubles de l'hémostase.

Dans notre Série, 1 seule Patiente avait présenté un hématome remarqué dans les suites post-opératoires qui reste un taux significativement minime qui nécessite une simple surveillance clinique et échographique et biologique afin d'éviter une évolution non favorable ou détérioration.

Dans la littérature, les complications hémorragiques représentent 5% de l'ensemble des complications responsables de morbidité maternelle majeure après une laparotomie médiane dont la majorité étaient des femmes avec un IMC >25.

L'inertie utérine survenue après une césarienne reste la principale cause d'hémorragie dont l'hémostase s'assure par injection d'ocytocine ou recours à une triple ligature artérielle par clompage ou par B lynch

Selon notre étude l'obésité n'a pas de lien direct avec le risque hémorragique

3. Complication thromboemboliques :

La maladie thromboembolique veineuse représente l'une des causes majeures de mortalité maternelle.

Les enquêtes réalisées dans plusieurs pays soulignent qu'une part importante de ces décès est évitable, suggérant le besoin de recommandations afin d'améliorer les pratiques.

Bien que la place relative de la maladie thromboembolique dans la mortalité maternelle soit importante, l'incidence (en valeur absolue) des événements thromboemboliques, même en présence de facteurs thrombophiliques reste modeste, rendant difficile la réalisation de travaux de recherche et conduisant à un difficile positionnement des recommandations pharmacologiques.

De nombreux facteurs de risque personnels ou liés à la grossesse ont été identifiés mais les antécédents de maladie thromboembolique et les anomalies biologiques thrombophiliques jouent un rôle essentiel. Parmi ces dernières, l'existence d'un déficit en antithrombine ou d'un syndrome des antiphospholipides expose à un risque vraiment accru.

La grossesse elle-même, la césarienne et la période du post-partum exposent certes à un accroissement du risque mais de façon modérée.

La prévention des événements thromboemboliques repose essentiellement sur l'emploi des héparines de bas poids moléculaire dont la sécurité d'emploi au cours de la grossesse est maintenant établie. La posologie et la durée d'administration sont

dépendantes de l'importance du risque perçu. Le risque de survenue d'événement thromboembolique est augmenté après chirurgie gynécologique, notamment après chirurgie majeure ou carcinologique.

La grossesse représente un facteur de risque (hypercoagulabilité) et stase (compression veineuse et augmentation hormonale de la capacité veineuse dès le premier trimestre) de telle sorte que le risque de MTEV en obstétrique est cinq fois plus important que dans la population générale.

L'âge est un facteur de MTEV obstétricale apprécié diversement selon les études et ayant globalement un poids faible c'est-à-dire associé à un ratio (OR) entre 1,4 et 1,5.

L'obésité a un rôle également diversement apprécié, non significatif pour certains, associé pour d'autres à un OR entre 1,7 et 3,3.

Selon des Auteurs une étude effectuées au CHU de Tunis a constaté la survenue de complication thromboembolique chez 5% de l'ensemble des patientes opérées au sein de service de gynécologie obstétrique pour différentes indications, ce qui reflète un taux relativement minime par rapport aux autres complications, mais la prévention de leurs survenue reste primordial par administration des héparines a bas poids moléculaires a dose préventive.

Pour nos patiente durant la surveillance post-opératoire à court et à moyen terme aucune n'a présenté des symptômes relative aux MTEV donc c'est une complication qui reste rare ou trop minime.

4. Complications liées à l'anesthésie :

Les complications d'anesthésie dépendent directement du type de celle-ci. Généralement, que la césarienne soit programmée ou urgente, l'anesthésie loco régionale reste la plus pratiquée, vu son avantage sur le

pronostic materno- fœtal ; tandis que l'anesthésie générale reste de pratique exceptionnelle, et elle est réservée aux cas d'extrême urgence, ou en cas de contre-indications à l'anesthésie loco régionale.

Selon une étude effectuée au CHU de Sfaks L'anesthésie loco régionale a été utilisée dans 21.7% des cas, elle serait responsable d'une diminution du saignement per opératoire.

La toxicité des anesthésiques locaux a été à l'origine de quelques cas d'arrêts cardiaques aux USA dans les années 80. Cette toxicité, dose dépendante, a toujours été limitée en France par l'utilisation de concentrations plus faibles. L'hypotension artérielle maternelle, survenant de façon constante si aucune mesure préventive n'a été prise, est directement corrélée au bloc sympathique et est facilement prévenue par un remplissage préalable et l'emploi de vasoconstricteurs.

La rachianesthésie a été, en plus, pourvoyeuse de nausées, de vomissements et d'hypothermie, qui sont facilement prévenus par des mesures simples. L'échec de rachi anesthésie nécessitant la conversion en anesthésie générale a été noté dans 9 cas sans conséquences morbides, ces échecs s'expliquent par la grande variabilité interindividuelle de sensibilité.

L'anesthésie générale est une technique rapide qui reste irremplaçable en cas d'urgence, elle est également indiquée en cas d'échec ou de contre indication à l'anesthésie loco régionale. Cependant, elle reste une cause relativement fréquente de morbidité maternelle et fœtale.

Le syndrome de Mendelson, les difficultés d'intubation et les chocs anaphylactiques aux produits anesthésiques restent les causes majeures de morbidité maternelle lors d'une anesthésie générale quelque soit l'indication de laparotomie ou la technique

En cas de césarienne l'intubation trachéale est à haut risque, en effet l'œdème des voies aériennes supérieures de fin de grossesse pourrait expliquer les difficultés d'intubation,. De plus, la compression gastrique liée à l'utérus gravidique et la réalisation de l'anesthésie générale en urgence avec estomac plein augmentent le risque d'inhalation.

Toujours selon l'étude de CHU de SFAKS ces Complications ont été observées dans 0.33% des cas qui reste un taux trop faible.

Dans notre études, toute les laparotomies sous ombilicales transverses , ont été réalisées sous anesthésie générale, et aucun cas de complications liées à l'anesthésie n'a été signalé.

5. Les complications digestives et urologiques :

Les plaies digestives ainsi que les plaies vésicales sont comptées parmi les complications per opératoires les moins fréquentes au cours des laparotomies gynécologiques quel que soit l'indication. A travers la littérature consultée, les plaies vésicales représentent. 1,4% des complications per opératoires tandis que les plaies digestives demeurent exceptionnelles.

Le caractère urgent de l'intervention serait également un facteur favorisant la survenue de ce type de complications.

Dans notre étude aucune cas de plaies digestives ou vésicales n'ont été enregistré.

CONCLUSION

Les laparotomies gynécologiques doivent répondre à des critères stricts en prenant en considération l'accès à l'organe cible, et l'aspect esthétique de la cicatrice.

En Principe il existe 2 Types de laparotomie : Médiane sous Ombilicale et transversale Basse avec Deux Techniques Pfannenstiel et Mouchel.

La Laparotomie Médiane Reste la Voie D'abord de Choix pour la chirurgie des lésions malignes et réalisation d'une exploration complète de la cavité péritonéale

La Laparotomie Transversale Sous ombilicale avec ses deux techniques est une voie privilégiée par les gynécologues vu ses résultats encourageants sur le plan esthétique et l'absence d'éventration, *utilisée* dans la majorité des interventions gynécologiques pour des lésions bénignes et pour la césarienne. Pourtant, elle présente une principale limite qui est l'impossibilité d'agrandir l'ouverture abdominale vers le haut, notamment en cas d'exploration de la partie sus-mésocolique.

Après une étude effectuée sur des Femmes qui ont bénéficiées toutes d'une laparotomie Transversale sous ombilicale dont ces femmes étaient considérées comme obèses avec un IMC >30.

Durant le suivi per et post-opératoire les complications l'étude avec prise en considération d'autres investigations obtenues loin de notre structure hospitalière ont montré de bon résultat avec une bonne qualité de cicatrisation surtout pour les femmes obèses.

RESUME

Résumé

La Laparotomie Transversale sous ombilicale avec ses deux techniques Pfannentiel ou Mouchel reste une voie d'abord privilégiés pour les gynécologues surtout pour les lésion bénignes et les césariennes.

Comme toute chirurgie ce Type de Laparotomie pouvant être associée à des complications maternelles et fœtales. Elle est responsable d'une majoration de la morbidité pour les futures grossesses.

Cette étude est une Analyse Rétrospective d'une serie de 06 patientes obèses ayant bénéficiées d'une laparotomie Sous Ombilicale Transversale au service de gynécologie de l'hopital militaire molay ismail meknes.

L'Objectif de cette étude est de comparer les complications maternelle et fœtales de laparotomie transversale sous ombilicale chez les femmes avec u IMC Normal et les femmes obèse et les autres types de laparotomie et ainsi d'analyser le pronostic materno-fœtal.

Dans un premier nous avons évoqué un rappel anatomie de la paroi abdominale et les principaux abords chirurgicaux par voie laparotomique adoptés en gynécologie.

Dans un second temps, les résultats de notre analyse nous ont montré que la laparotomie transversale sous ombilicale présente moins de risque de complications surtout infectieuses et hémorragique pour les femmes obèse avec de bon résultats de cicatrisation de la plaie.

Après avoir Comparé Nos résultats à ceux de la littérature, nous avons discuté les principales complications surtout maternelles en per opératoire et à court terme.

Summary

The subumbilical transverse laparotomy with its two techniques Pfannentiel or Mouchel remains a preferred approach for gynecologists, especially for benign lesions and cesarean sections.

Like any surgery, this Type of Laparotomy can be associated with maternal and fetal complications. It is responsible for increased morbidity for future pregnancies.

This study is a retrospective analysis of a series of 06 obese patients who underwent a transverse sub-umbilical laparotomy in the gynecology department of the molay ismail meknes military hospital.

The objective of this study is to compare the maternal and fetal complications of transverse subumbilical laparotomy in women with Normal BMI and in obese women and other types of laparotomy and thus to analyze the maternal-fetal prognosis.

First, we discussed the anatomy of the abdominal wall and the main laparotomic surgical approaches adopted in gynecology.

Secondly, the results of our analysis showed us that the transverse subumbilical laparotomy presents less risk of complications, especially infectious and hemorrhagic for obese women with good results of wound healing.

After comparing our results with those of the literature, we discussed the main complications, especially maternal, both intraoperatively and in the short term.

ملخص :

يظل شق البطن المستعرض تحت السرة بتقنيتي Pfannentiel أو Mouchel النهج المفضل لأطباء أمراض النساء ، خاصة بالنسبة للآفات الحميدة والعمليات القيصرية.

مثل أي عملية جراحية ، يمكن أن يرتبط هذا النوع من فتح البطن بمضاعفات الأم والجنين. وهي مسؤولة عن زيادة معدلات الاعتلال لحالات الحمل في المستقبل.

هذه الدراسة عبارة عن تحليل بأثر رجعي لسلسلة من 06 مريضا يعانون من السمنة المفرطة خضعوا لعملية شق البطن تحت السرة في قسم أمراض النساء في مستشفى مولاي إسماعيل مكناس العسكري.

الهدف من هذه الدراسة هو مقارنة المضاعفات الأمومية والجنينية لبضع البطن المستعرض تحت السرة في النساء ذوات مؤشر كتلة الجسم الطبيعي والنساء البدنيات وأنواع أخرى من شق البطن وبالتالي تحليل تشخيص الأم والجنين.

أولاً ، ناقشنا تشريح جدار البطن والأساليب الجراحية الرئيسية للجراحة البطنية المعتمدة في أمراض النساء.

ثانياً ، أظهرت نتائج تحليلنا أن شق البطن المستعرض تحت السرة يمثل خطراً أقل للمضاعفات ، خاصة المعدية والنزفية للنساء البدنيات مع نتائج التئام الجروح الجيدة.

بعد مقارنة نتائج بنتائج الأدبيات ، ناقشنا المضاعفات الرئيسية ، خاصة عند الأمهات ، سواء أثناء الجراحة أو على المدى القصير.

BIBLIOGRAPHIE

1. <https://acteurdemasante.lu/fr/sante-bien-etre-de-la-femme/chirurgie-par-voie-abdominale-possibilites-et-limites/>
2. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/274>
3. <https://www.hub.se/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0750765805002753>
4. <https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/article06-11-12.pdf>
5. Quenum G., Memadji M., Konan B R., Nigue L., Welffens-Ekrac Césarienne de qualité : analyse des facteurs et des déterminants au CHUYpougon. Revue internationale de sciences médicales Vol. 3. 02.2001. PP. 109-115. Presses Universitaires de Côte d'Ivoire (PUCI).
6. O'driscol, Foely. Correlation of decrease in prenatal mortality and increase in C-section rates, Am. J. obstet. Gynecol 1983, 61, 1.
7. . Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2012; 41: e1-e15
8. Ministère de la santé, état de santé de la population marocaine 2012 p 11. www.conferenc2013.santé.gov.ma
9. Dioné D: Etude Comparative entre deux techniques de césariennes : Césarienne Classique et Césarienne Misgav Ladach au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse de Médecine. Mali 2008.
10. Mathaî, M. and G J.Hofmeyr (2007). "Abdominal surgical incisions for ceaserean section".Cochrane Database Syst Rev (1): CD004453
11. Joel-Cohen S.J. Abdominal and vaginal hysterectomy. New techniques based on time motion studies London: William Heinenmann Books (1972) p170

12. Halperin , M.E., D. C. Moore , et al. (1988).” Classical versus low-segment transvers incision from preterm cesarean section: Maternal complications and outcome of subsequent pregnancies.” Br J Obstet Gynaecol 95(10):990-6
13. D’Ercole, C., F. Bretelle, et al. (2000). “Is the cesarean section indicated in for the cicatricial uterus?”J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 29 (2 suppl):51-67
14. Livre Pratique Chirurgicale en Gynécologie obstétrique
15. Groupe Diagest. Étude sur le dépistage du diabète gestationnel dans la région Nord Pas de Calais. Journées de Diabétologie de l'Hôtel dieu-Paris 1997 ; Flammarion Médecine Sciences.
16. E. Lopez, J. Patkai, M. El Ayoubi, P.-H. Jarreau (2012). “Benefits and harms to
17. the newborn of maternal attempt at trial of labor after prior caesarean versus elective repeat caesarean delivery”. J Gynecol Obstet Biol Reprod(8):727-734
18. Kamath B.D. , et al.(2009) “ Neonatal outcomes after elective cesarean delivery” Obstet Gynecol Biol Reprod ; 113 : 1231-1238



Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
+ⴰⵔⵍⵉⴰⵎⴰⵏⵏⴰⵢⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⵉⴷⵉⵏⴰ ⵏ ⵜⴰⵔⵉⵎⵓⵙⵉⴰⵏⴰⵢⵜ
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

أطروحة رقم 193 / 20

سنة 2020

فتح البطن المستعرض تحت السرة (بصد 06 حالات)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2020/12/18

من طرف

السيد نور الدين الحقوني

المزداد في 1988/11/29 بجرادة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

شق البطن المستعرض تحت السرة - السمنة - المضاعفات

اللجنة

الرئيس والمشرف

السيد عمر بوقايدى لغزاوي

أستاذ مبرز في علم التوليد وأمراض النساء

السيد عماني عبد الغني

أستاذ مبرز في جراحة المسالك البولية

السيد قشنى هشام

أستاذ مبرز في التخدير و الإنعاش

السيد سمير حسبي

أستاذ مبرز في علم الجراحة العامة

الأعضاء