Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Série de cas

Diastasis abdominal et abdominoplastie : à propos de 4 cas opérés au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO)

Abdominal Diastasis Managed by Abdominoplasty: A Report of Four Cases at the Owendo University Hospital Center (CHUO)

B Nguema Asseko*[1,2], Nguele Njota[3,2], S Mveme Meyo[1,2], F Sy Ep. Moutsinga[1,2], M Angue Ep. Pemangoye[1,2], G Mbadinga[1,2], AP Makungu[2]

Résumé

Introduction : le diastasis abdominal (DA) est une affection rare et parfois méconnue. Cette affection survient le plus souvent dans le post-partum et se caractérise par un écartement des muscles droits abdominaux avec une présentation volumineuse et inesthétique de l'abdomen. Ce tableau clinique requiert chez certains patients une prise en charge chirurgicale.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive sur 4 cas colligés de DA opérés dans le service chirurgie générale du CHU d'Owendo. Elle relevait les données épidémiologique, diagnostique et thérapeutique du DA.

Résultats : A partir des observations de 4 patientes de 25(2),29 et 68 ans, nous rapportons la réparation du DA par la réalisation d'une combinaison de plicature aponévrotique avec la technique d'abdominoplastie. Ces observations permettent d'apprécier les complications immédiates et le profil évolutif des patients ayant bénéficié de cette approche thérapeutique dans un contexte avec des ressources limitées.

Conclusion : L'abdominoplastie, geste chirurgical le plus souvent réalisé en chirurgie plastique, combinée à la plicature aponévrotique en l'absence de prothèse, permet la réparation du DA avec des résultats satisfaisants.

Mots-clés : Diastasis abdominal, abdominoplastie, plicature aponévrotique.

Abstract

Introduction: Rectus abdominis diastasis (RAD) is an uncommon and often underrecognized condition. It occurs most frequently during the postpartum

period and is characterized by separation of the rectus abdominis muscles, resulting in a prominent and aesthetically unappealing abdominal contour. In selected patients, this clinical condition requires surgical management.

Methodology: We conducted a descriptive observational study of four consecutive cases of rectus abdominis diastasis managed surgically in the Department of General Surgery at the Owendo University Hospital. Epidemiological, diagnostic, and therapeutic data were collected and analyzed.

Results: Based on the clinical observations of four female patients aged 25 years (n = 2), 29 years, and 68 years, we report the surgical repair of rectus abdominis diastasis using a combination of anterior fascial plication and abdominoplasty. These cases provide insight into the early postoperative complications and clinical outcomes of this surgical approach in a resource-limited setting.

Conclusion: Abdominoplasty, a procedure commonly performed in plastic surgery, combined with anterior fascial plication without prosthetic mesh, provides effective repair of rectus abdominis diastasis with satisfactory outcomes.

Keywords: Rectus abdominis diastasis; Abdominoplasty; Fascial plication.

Introduction

Le diastasis abdominal (DA) ou des grands droits de l'abdomen se définit comme étant un écartement entre les muscles droits de la paroi abdominale antérieure le long de la ligne blanche. Cette situation pathologique pariétale apparait le plus souvent chez les femmes enceintes, en post partum, mais peut également être d'origine congénitale. Cependant, le DA ne serait pas spécifique à la femme car des études récentes ont mis en évidence son impact non négligeable sur les hommes dans un contexte d'âge avancé, de tabagisme, d'obésité ou de variation pondérale importante et de manque d'exercices physiques [1].

Le diagnostic d'un DA est retenu essentiellement sur la base d'éléments cliniques, notamment, l'apparition d'une voussure médiane abdominale lors d'un effort de passage de la position allongée à la position assise ou inversement et sa certitude diagnostique est échographique voire tomodensitométrique [2,3]. Outre son importance dans le diagnostic du DA, l'échographie participe comme l'a montré Shen et al en 2024 [4], au suivi et à la détermination des stratégies thérapeutiques d'un DA.

Face à la présentation inesthétique consécutive à une survenue d'un DA et certains aspects cliniques douloureux abdominal et dorsolombaire ; plusieurs principes thérapeutiques ont été proposés pour une réparation pariétale. Toutefois, il n'existe aucune procédure standardisée pour le traitement du DA. Il s'agit d'un traitement chirurgical ou non chirurgical dit conservateur. Ce traitement conservateur, repose sur la kinésithérapie dont le principe est le renforcement des muscles droits abdominaux ; attitude thérapeutique quoique peu recommandée actuellement [5]. La prise en charge chirurgicale, par contre est représentée par la technique d'abdominoplastie complète avec ou sans prothèse, le couplage laparo-mini abdominoplastie et la chirurgie endoscopique ou laparoscopique mini invasive. L'objectif de ce travail est de rapporter 4 cas de DA traités exclusivement par abdominoplastie avec plicature musculo-aponévrotique, d'apprécier leur profil et les suites opératoires dans un contexte thérapeutique avec des ressources limitées.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive à recueil rétrospectif des données de quelques patients (04) hospitalisés et opérés pour un diastasis abdominal par une abdominoplastie, dans le service chirurgie générale du CHU d'Owendo. Elle relevait les données épidémiologique (âge, sexe, profession), diagnostique (clinique et imagerie), thérapeutique (technique chirurgicale, drainage) et évolutive (morbidité, période d'ablation du drainage). La publication de l'iconographie ainsi que l'exploitation des dossiers étaient faites avec l'accord du chef de

Service de chirurgie général après consentement éclairé des patients.

Cas cliniques

Cas n°1

Patiente de 29 ans mariée, mère de 3 enfants dont le dernier a 4 mois, fonctionnaire des affaires sociales. Cette patiente était référée de Port Gentil pour la prise en charge d'une présentation abdominale inesthétique malgré les régimes alimentaires et les séances de sport entrepris depuis quelques années. La patiente relatait une situation intenable, chaotique et indescriptible dans sa vie intime avec son conjoint depuis la fin de la première grossesse, 5 ans plutôt. L'examen clinique a trouvé une patiente en parfait état général, un abdomen augmenté de volume en position debout, une peau plicaturée, ridée et très inesthétique pour son âge (Photo 1). En position allongée, l'abdomen était normal et la palpation mettait en évidence un défect pariétal médian entre les 2 muscles droits admettant 3 à 4 travers de doigts. Le diagnostic d'un DA a été retenu, la patiente ne présentait aucune anomalie contre indiquant l'anesthésie générale par conséquent elle bénéficiait d'une intervention chirurgicale. Nous avions réalisé un rapprochement musculaire avec des points en lac renforcés par un surjet puis une abdominoplastie avec transposition ombilicale, 2 drains aspiratifs laissés en place et un pansement compressif. La patiente regagnait son domicile au 5e jour post opératoire, le pansement fait tous les quatre jours et le retrait des drains effectué au 14ème jour. Les suites opératoires étaient simples (Photo 2) avec une présentation esthétique meilleure et une amélioration significative de la qualité de la vie conjugale 6 mois plus tard.

Cas n°2

Patiente de 68 ans qui consultait pour des douleurs abdominales évoluant depuis plusieurs années; douleurs le plus souvent de siège épigastrique et ombilical, invalidantes, exacerbées par la station debout prolongée et soulagées par la position allongée. Elle présentait un bon été général, un tablier graisseux abdominal important (photo 3) et un écartement des muscles droits admettant 2 à 3 travers de doigts. La TDM abdominale confirmait la distance entre les muscles, un tissu adipeux important et le reste du bilan morphologique était normal. Il n'y avait aucune contre-indication à l'anesthésie chez cette patiente ; elle bénéficiait donc d'une abdominoplastie complète avec transposition ombilicale après une raphie préalable du DA par des points en lac renforcés par un surjet et 2 drains aspiratifs laissés en place. La patiente regagnait son domicile au 7ème jour post opératoire et les suites étaient simples (Photo 4).

Cas n°3

Patiente de 29 ans qui a consulté pour une augmentation de l'abdomen (Photo 5) évoluant depuis quelques années après un accouchement par césarienne. Dans l'anamnèse, la patiente avoue avoir consulté plusieurs spécialistes en médecine et chirurgie ainsi que des gynécologues ; des explorations réalisées, essentiellement échographiques s'avéraient non concluantes. Toutefois en dehors de cette présentation disgracieuse de l'abdomen et réductible en position allongée ; la patiente n'avait aucune autre plainte. Le diagnostic d'un DA a été retenu et nous avons réalisé chez cette patiente une plicature aponévrotique avec un renforcement pariétal par des points en lac doublé par un surjet. Cette correction du DA a été complétée par une abdominoplastie antérieure avec transposition ombilicale et 2 drainages actifs. Les suites opératoires étaient favorables, un retour à domicile au 5ème jour et un retrait des drains à J14. Les suites étaient simples (Photo 6).

Cas n°4

Patiente de 25 ans qui consultait pour un abdomen volumineux après une fonte pondérale sur une obésité morbide. Patiente d'origine marocaine, tabagique et chez qui l'examen trouvait un tablier graisseux abdominal associé à un diastasis des grands droits. Il n'existait pas de contre-indication anesthésique. Nous lui avons proposé une plastie abdominale identique à

celle des précédentes patientes. La patiente regagnait son domicile au 5ème jour post opératoire avec ses deux drains ; drainage retiré 3 semaines plus tard. Les suites opératoires étaient compliquées d'une persistance de la production anormale du drain (Photo 7), d'une infection du site opératoire (8) et d'un retard de cicatrisation. Ces complications ont été reliées à son tabagisme sous-jacent.



Photo 1: AVANT : face et Profil



Photo 2 : APRES 6 mois : face et Profil



Photo 3 : AVANT face et profil



Photo 4 : APRES 5 mois face et profil



Photo 5 : AVANT face et profil



Photo 6 : APRES 6 mois profil



Photo 7 : surinfection pariétale



Photo 8 : drainage sérome



Photo 9 : cicatrisation hypertrophique

Discussion

La technique chirurgicale d'une plastie abdominale, celle-ci réalisée pour la première fois en 1899 par KELLY [6], est une intervention fréquente visant à corriger tout préjudice fonctionnel et esthétique de la paroi abdominale. Cette procédure chirurgicale relève surtout de la chirurgie plastique dans les pays occidentaux et du Maghreb alors qu'elle est dans ses débuts pour certains pays sub-sahariens [7].

Au CHUO, nous proposons pour la réparation d'un DA associé à ces tabliers liés au relâchement cutané du bas abdomen recouvrant le pubis [8], une combinaison de l'abdominoplastie avec la technique de plicature aponévrotique. Ces deux approches chirurgicales offrent un double bénéfice à nos patientes en termes d'amélioration de la présentation esthétique et de l'estime de soi d'une part mais surtout de la disparition du contexte douloureux d'autre part. En effet, le DA était associé dans 1 cas sur 4 à des douleurs abdominales. Fernandes da Mota PG et col. trouvent une prévalence élevée des douleurs abdominales chez des personnes présentant un DA [9].

Actuellement, les techniques mini invasives dans le traitement du DA octroient de meilleurs résultats en termes esthétiques, de la durée du séjour hospitalier et de la reprise des activités professionnelles [10]. Dans nos 4 situations, quelle que soit la technique opératoire chirurgicale classique ou laparoscopique, l'adjonction d'une abdominoplastie à la correction d'un DA semble inéluctable en tenant compte de la présentation esthétique. Dans la même optique, V. Huguier et coll. ont systématiquement effectué un couplage cœlioscopie-abdominoplastie dans 10 cas importants de DA [11].

Concernant le séjour hospitalier, la durée moyenne de nos patientes est de 5,4 jours. Cette durée se rapproche et reste nettement supérieure à celle de [12], 3 jours en moyenne dans leur série d'abdominoplastie avec cure coelioscopique de la hernie ombilicale.

L'évolution est favorable chez la plupart de nos patientes. Cependant, une de nos patientes a présenté un sérome appelé également épanchement de Morel-Lavalée (Photo 9) et une surinfection de la plaie opératoire retardant sa cicatrisation et dégradant la présentation esthétique de celle-ci, devenant hypertrophique plus tard (photo 9). Il s'agit de complications majeures immédiates et tardives rapportées notamment par Weiler [13], et L.Holzman [14] avec respectivement 18,9 et 21,6% des cas. Ces complications semblent aussi corrélées au tabagisme chronique rapporté chez cette patiente. Les études de Krueger et al, en tenant compte de l'influence négative du tabagisme sur la chirurgie recommande

une abstention ou un report de toute chirurgie plastique [15].

Dans les 4 cas, nous avons laissé un double drainage aspiratif dont le retrait était réalisé autour du quatorzième jour. Ce drainage reste une précaution nécessaire permettant d'éviter l'apparition d'un sérome qui est une des complications fréquentes de l'abdominoplastie avec un taux pouvant atteindre 30% [16,17, 18]. En revanche, M. Vernier-Mosca et coll. trouvent qu'elle n'apporte pas de gains significatifs sur la prévention des complications par rapport à une abdominoplastie avec une absence de drainage lorsqu'elle est associée à un capitonnage [19].

Les résultats de notre travail se heurtent cependant à 3 biais ou limites non négligeables à savoir l'étroitesse de notre échantillon mais aussi l'absence de cas témoin et d'un recul à long terme considérable. Sur ce dernier aspect, la plicature aponévrotique est une technique chirurgicale avec une certaine tension, il convient d'apprécier à moyen ou long terme l'apparition ou non d'une récidive.

Conclusion

La réparation du diastasis abdominal peut revêtir dans certains cas, un caractère esthétique. Dans notre contexte marqué par les difficultés d'approvisionnement prothétique et d'approche coelioscopique débutante, la technique d'abdominoplastie combinée à la plicature aponévrotique est une option thérapeutique fiable du diastasis abdominal. Ces résultats méritent d'être confirmés par des travaux avec un échantillon plus grand et de façon multicentrique.

***Correspondance :**

Bruno NGUEMA ASSEKO

brunonguemaa@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Juillet 2026

1 : Service de Chirurgie Générale, digestive et urologique du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO)

2 : Département de Chirurgie de l'Université des Sciences de la Santé de Libreville (USS)

3 : Service de Chirurgie Générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL)

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Nienhuijs SW, Berkvens EHM, de Vries Reilingh TS, et al. The male rectus diastasis: a different concept? Hernia. 2021;25(4):951-956.

[2] Coldron Y, Stokes MJ, Newham DJ, Cook K. Postpartum characteristics of rectus abdominis on ultrasound imaging. Man Ther. 2008;13(2):112-121.

[3] van de Water AT, Benjamin DR. Measurement methods to assess diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM): a systematic review of their measurement properties and meta-analytic reliability generalisation. Man Ther. 2016;21:41-53.

[4] Shen Y, Zhou X, He K, et al. Diastasis recti abdominis: a practical and effective width-length classification based on ultrasound measurements and its clinical validation. J Ultrasound Med. 2024;43(8):1733-1744.

[5] Gluppe S, Engh ME, Bø K. What is the evidence for abdominal and pelvic floor muscle training to treat diastasis recti abdominis postpartum? A systematic review with meta-analysis. Braz J Phys Ther. 2021;25(6):664-675.

[6] Kelly HA. Report of gynecological cases. Johns Hopkins Med J. 1899;10:197.

[7] Massamba Miabaou D, Note Madzélé M, Mbongo A, Mahoungou-Nguimbi KC, Motoula Latou N,

Nzaka Moukala CD. Tablier abdominal associé à une éventration: à propos de deux observations. Health Sci Dis. 2017.

[8] Madar Y, Chatel H, Leyder P, Quilichini J. Plastie abdominale en deux positions. Ann Chir Plast Esthet. 2015;60(4):268-275.

[9] Fernandes da Mota PG, Pascoal AG, Carita AI, et al. Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbopelvic pain. Man Ther. 2015;20(1):200-205.

[10] Manetti G, Lolli MG, Belloni E, Nigri G. A new minimally invasive technique for the repair of diastasis recti: a pilot study. Surg Endosc. 2021;35(7):4028-4034.

[11] Huguier V, Faure JL, Doucet C, Giot JP, Dagregorio G. Couplage cœlioscopie-abdominoplastie dans dix cas d'important diastasis des grands droits. Ann Chir Plast Esthet. 2012;57(4):350-355.

[12] Lari A, Curings P, Person H, et al. Abdominoplasty with simultaneous laparoscopic umbilical hernia repair: a practical approach to preserve the umbilical vascularization. Ann Chir Plast Esthet. 2019;64(3):237-244.

[13] Weiler J, Taggart P, Khoobehi K. Safety and efficacy of lipoabdominoplasty: a single surgeon retrospective review of 173 consecutive cases. Aesthet Surg J. 2010;30(5):702-713.

[14] Holzman NL, Singh M, et al. Use of tumescence for outpatient abdominoplasty and other concurrent body contouring procedures: a review of 65 consecutive patients. Eplasty. 2015;15:e38.

[15] Krueger JK, Rohrich RJ. Clearing the smoke: the scientific rationale for tobacco abstention with plastic surgery. Plast Reconstr Surg. 2001;108(4):1063-1073.

[16] Marsh DJ, Fox A, Grobbelaar AO, Chana JS. Abdominoplasty and seroma: a prospective randomised study comparing scalpel and handheld electrocautery dissection. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2015;68(2):192-196.

[17] Gliksman J, Himy S, Ringenbach P, Andreoletti JB. Abdominoplasty: towards a two procedures surgery? Retrospective study of postoperative complications about 100 cases. Ann Chir Plast Esthet. 2006;51(2):151-156.

[18] Neaman KC, Hansen JE. Analysis of complications from abdominoplasty: a review of 206 cases at a university hospital. Ann Plast Surg. 2007;58(3):292-298.

[19] Vernier-Mosca M, Pluvy I, Bayti T, Louvrier A, Andreoletti JB. Abdominoplasties: faut-il encore les drainer en 2021? Ann Chir Plast Esthet. 2021;66(4):305-313.

Pour citer cet article

B Nguema Asseko, Nguele Njota, S Mveme Meyo, F Sy Ep. Moutsinga, M Angue Ep. Pemangoye, G Mbadinga et al. Diastasis abdominal et abdominoplastie : à propos de 4 cas opérés au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO). Jaccr Surgery 2026; 2(3): 1-7

https://doi.org/10.70065/2623.jaccrSurg.001L013107