



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

# Pratiques et place des prothèses biologiques dans la prise en charge des éventrations complexes de la paroi abdominale : résultats d'une enquête nationale chez les chirurgiens digestifs universitaires français<sup>☆</sup>



Practice patterns in complex ventral hernia repair and place of biological grafts: A national survey among French digestive academic surgeons

C. Mariette<sup>a,\*</sup>, P. Wind<sup>b</sup>, R. Micelli Lupinacci<sup>c</sup>,  
C. Tresallet<sup>c</sup>, M. Adham<sup>d</sup>, C. Arvieux<sup>e</sup>, S. Benoist<sup>f</sup>,  
S. Berdah<sup>g</sup>, A. Berger<sup>h</sup>, N. Briez<sup>a</sup>, C. Brigand<sup>i</sup>,  
R. Caiazzo<sup>j</sup>, N. Carrere<sup>k</sup>, C. Casa<sup>l</sup>, D. Collet<sup>m</sup>,  
S. Deguelte<sup>n</sup>, B. Dousset<sup>o</sup>, V. Dubuisson<sup>p</sup>, O. Glehen<sup>q</sup>,  
J.-C. Gineste<sup>r</sup>, A. Hamy<sup>l</sup>, F. Lacaine<sup>s</sup>, C. Laurent<sup>r</sup>,  
P.-A. Lehur<sup>t</sup>, J.-Y. Mabrut<sup>u</sup>, P. Mathieu<sup>v</sup>,  
M. Mathonnet<sup>w</sup>, B. Meunier<sup>x</sup>, F. Michot<sup>y</sup>, M. Ouaissi<sup>z</sup>,  
J.-P. Palot<sup>n</sup>, Y. Parc<sup>aa</sup>, F. Pattou<sup>j</sup>, F. Paye<sup>aa</sup>,  
D. Pezet<sup>ab</sup>, G. Piessen<sup>a</sup>, M. Pocard<sup>ac</sup>, N. Regenet<sup>t</sup>,  
J.-M. Regimbeau<sup>ad</sup>, C. Sabbagh<sup>ad</sup>, P. Zerbib<sup>ae</sup>,  
J.-M. Toussaint<sup>af</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie digestive et générale, hôpital Claude-Huriez, CHRU de Lille, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France

<sup>b</sup> Service de chirurgie, CHU d'Avicennes, Avicennes, France

<sup>c</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>d</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital E.-Herriot, CHU de Lyon, Lyon, France

<sup>e</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Grenoble, Grenoble, France

<sup>f</sup> Service de chirurgie digestive, CHU Le Kremlin-Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>g</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Nord, CHU de Marseille, Marseille, France

<sup>h</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.12.001>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [Christophe.mariette@chru-lille.fr](mailto:Christophe.mariette@chru-lille.fr) (C. Mariette).

- <sup>i</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Strasbourg, Strasbourg, France  
<sup>j</sup> Service de chirurgie digestive et endocrinienne, CHRU de Lille, Lille, France  
<sup>k</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Toulouse, Toulouse, France  
<sup>l</sup> Service de chirurgie digestive, CHU d'Angers, Angers, France  
<sup>m</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Haut-Leveque, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France  
<sup>n</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Reims, Reims, France  
<sup>o</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Cochin, Paris, France  
<sup>p</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Pellegrin, Bordeaux, France  
<sup>q</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Lyon-Sud, Lyon, France  
<sup>r</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Saint-André, Bordeaux, France  
<sup>s</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Tenon, Paris, France  
<sup>t</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Nantes, Nantes, France  
<sup>u</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, France  
<sup>v</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Besançon, Besançon, France  
<sup>w</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Limoges, Limoges, France  
<sup>x</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Rennes, Rennes, France  
<sup>y</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Rouen, Rouen, France  
<sup>z</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital de la Timone, Marseille, France  
<sup>aa</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Saint-Antoine, Paris, France  
<sup>ab</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France  
<sup>ac</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital Lariboisière, Paris, France  
<sup>ad</sup> Service de chirurgie digestive, CHU d'Amiens, Amiens, France  
<sup>ae</sup> Service de chirurgie digestive et de transplantation, CHRU de Lille, Lille, France  
<sup>af</sup> Hull Associates, Medtech consulting, 100 Ledgewood Place, suite 204, Rockland, Massachusetts 02370, États-Unis

Disponible sur Internet le 16 janvier 2014

## MOTS CLÉS

Éventration ;  
 Infection ;  
 Contamination ;  
 Chirurgie ;  
 Prothèse biologique ;  
 Enquête de pratique

## Résumé

**Introduction.** — Malgré la fréquence des éventrations complexes (EC), leurs modalités de réparation y compris la place des prothèses sont mal codifiées, particulièrement en situation contaminée. Notre objectif était de connaître les pratiques des chirurgiens universitaires français prenant en charge ces EC pour ce qui est des indications, des techniques les plus adaptées, du type de prothèse éventuelle utilisée, et des complications observées.

**Méthode.** — Une enquête nationale comprenant 21 questions et 6 scénarios a été envoyée par e-mail aux chirurgiens universitaires français prenant en charge des EC.

**Résultats.** — Parmi 54 chirurgiens sollicités, 40 (74,0%) ont répondu à l'enquête, représentant 29 centres hospitalo-universitaires français. Parmi les techniques de réparation des EC, on retrouvait la fermeture primaire sans prothèse (31,6%), le lambeau d'avancement musculaire sans prothèse (43,7%), une prothèse positionnée en pont (16,5%) et la réduction de la taille du défaut par aponévrotomies de décharge sans prothèse (8,2%). Parmi les 40 répondants, 36 chirurgiens avaient déjà utilisé une prothèse biologique (PB). Il existait un consensus fort parmi les répondants pour ne pas utiliser de prothèse synthétique en milieu contaminé ou infecté (100%), mais de l'utiliser en chirurgie propre (100%). Un consensus existait également pour ce qui est de l'utilisation des PB en milieu contaminé (82,5%) ou infecté (77,5%) et pour ne pas les utiliser en chirurgie propre (95%). En chirurgie propre-contaminée, il n'existait pas de consensus sur la stratégie thérapeutique optimale. L'infection était la complication la plus fréquemment reportée après utilisation de PB (58%). Les facteurs qui influençaient les chirurgiens dans leur pratique d'utilisation des PB dans le traitement des EC étaient la littérature médicale, les congrès et la discussion avec les collègues (85,0%), leur propre expérience (45,0%) et le coût (40,0%).

**Conclusions.** — Malgré l'absence de niveau de preuve élevé, les PB ont déjà été utilisées par 90% des chirurgiens universitaires interrogés dans l'EC. Il existait un fort consensus pour les utiliser en situation infectée ou contaminée et pour ne pas les utiliser en chirurgie propre. Des études randomisées sont nécessaires pour évaluer les bénéfices à court et long-terme des PB en fonction du degré de contamination pariétale.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Ventral hernia repair;  
 Contaminated field;  
 Abdominal wall reconstruction;

## Summary

**Background.** — Despite the prevalence of complex ventral hernias, there is little agreement on the most appropriate technique or prosthetic to repair these defects, especially in contaminated fields. Our objective was to determine French surgical practice patterns among academic surgeons in complex ventral hernia repair (CVHR) with regard to indications, most appropriate techniques, choice of prosthesis, and experience with complications.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311828>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311828>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)