

*CURE CHIRURGICALE DES LARGES
EVENTRATIONS PAR IMPLANTATION
INTRAPERITONEALE D'UNE PLAQUE
COMPOSITE (PARIETEX)[®]*

A PROPOS DE 280 CAS

Soutenance de mémoire de DESC de chirurgie viscérale et digestive

Tours, le 19 juin 2009

Docteur Xavier BRIENNON

INTRODUCTION

✱ Les éventrations concernent entre 5 et 11% des patients laparotomisés

➡ complication post-opératoire fréquente

✱ Les grandes déhiscences de la paroi abdominale pose des problèmes thérapeutiques

➡ patients multi-opérés, obèses, tares multiples, muscles de mauvaise qualité

✱ Technique de raphie aponévrotique avec suture bord à bord est inadapté

➡ suture en tension et risque élevé de récidence

➡ réintégration en force des viscères et risque cardio-respiratoire

☀ Objectif double des cures chirurgicales des larges éventrations:

- comblement mécanique du defect pariétal
- rétablir un jeu normal de la sangle abdominale

➡ le recours à une prothèse répond à ces deux objectifs

☀ Mais il existe de multiples prothèses différenciées selon:

- leur localisation (intra ou pré-péritonéale)
- leur composition

☀ Les plaques pré-péritonéales (ou rétro-musculaires):

- ◆ large dissection rétro-musculaire nécessaire

⇒ hématomes, séromes

- ◆ couverture péritonéale parfois incomplète

⇒ occlusions intestinales

☀ Les plaques intra-péritonéales:

- ◆ dissection tissulaire plus limitée
- ◆ temps opératoire plus court
- ◆ mais risque accru d'occlusions intestinales et de fistules digestives

OSITE PARIETEX®

plaques bifaces :

é
es
ion

✿ **Plaque PARIETEX®** : plaque
tricotage tridimensionnel non réso
d'un film hydrophile anti-adhérent
d'origine porcine, de polyéthylène



BUT DE L'ETUDE

Evaluer les complications post-opératoires et les récidives, dans le traitement des larges éventrations après la mise en place par laparotomie d'une plaque composite

Parietex® en intra-péritonéale

PATIENTS ET METHODE

✿ CRITERES D'INCLUSION :

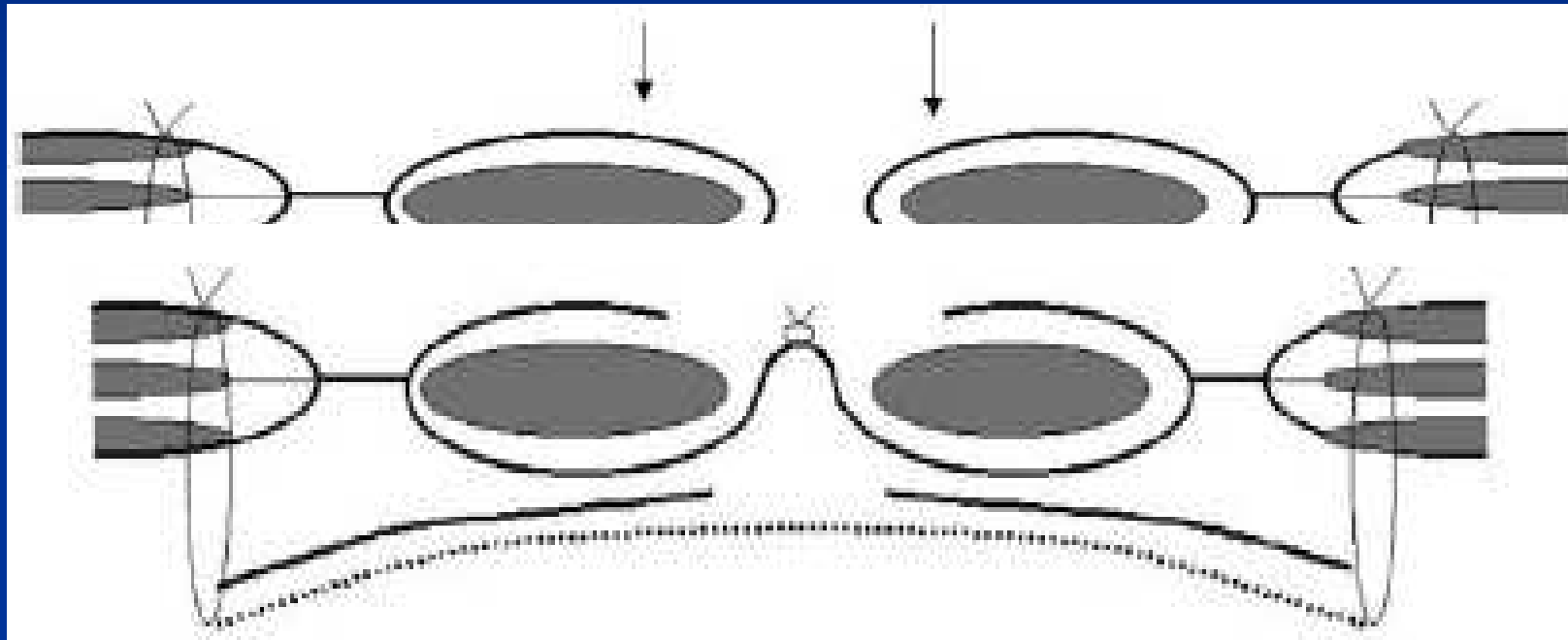
- ✿ Patients des deux sexes
- ✿ Patients âgés de plus de 18 ans
- ✿ Collet d'éventration ≥ 10 cm dans son plus grand axe
- ✿ Premier épisode d'éventration ou récurrence

✿ SUIVI POST-OPERATOIRE :

- ✿ A 3 mois
- ✿ Puis annuel pendant 5 ans
- ✿ Puis à la demande du patient ou du médecin traitant

☀ TECHNIQUE CHIRURGICALE :

◆ Excision de la cicatrice



◆ Recouvrement de la prothèse par suture aponévrotique ou par une plastie musculo-aponévrotique selon Welti et Eudel si nécessaire

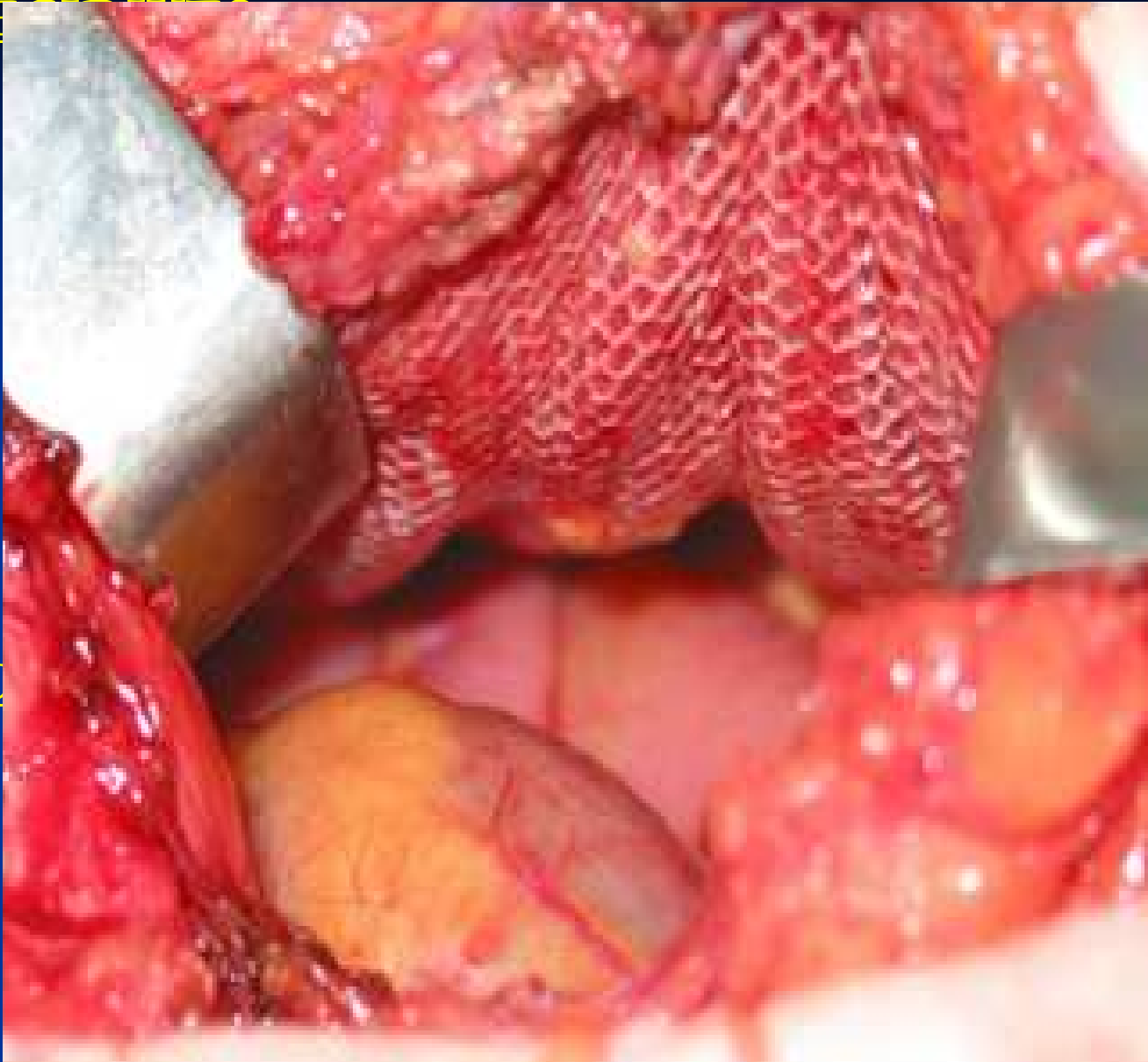
<u>Facteurs de co-morbidité</u>	<u>Patients (%)</u>
Obésité (BMI>30)	112 (40%)
Hypertension artérielle	84 (30%)
Tabagisme	79 (28%)
Insuffisance respiratoire chronique	70 (25%)
Alcoolisme	32 (11%)
Diabète insulino-dépendant	28 (10%)
Pathologie thrombo-embolique	14 (5%)

<u>Types d'incisions des éventrations</u>	<u>Patients (%)</u>
Médiane sus-ombilicale	89 (31.8%)
Médiane sous-ombilicale	42 (15.0%)
Médiane xypho-pubienne	95 (33.9%)
Transverse sous-costale	25 (8.9%)
Transrectale droite	19 (6.8%)
Mac Burney	10 (3.6%)
Total	280 (100.0%)

✿ COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES :

- ◆ Mortalité post-opératoire: 1 patient à J5 (0.35%) (IDM)
- ◆ Infections superficielles sans atteinte de la plaque: 6 patients (2%)
- ◆ Infections profondes: 6 patients (2%)
 - 3 guérisons par incision, irrigation, drainage et antibiothérapie.
 - 3 reprises chirurgicales avec ablation de prothèse
- ◆ Hématomes ou séromes: 14 patients (5%)
 - 10 guérisons spontanées
 - 4 séromes ponctionnés régulièrement jusqu'à disparition complète
- ◆ Aucune occlusion ni fistule digestive

☀ RE



mèse

☀ SU



Adhérences peu nombreuses et facilement libérées

DISCUSSION

✿ La technique chirurgicale par mise en place d'une plaque intra-péritonéale présente certains avantages:

◆ Dissection limitée des plans intermédiaires

⇒ Moins de décollements hémorragiques

◆ Localisation profonde de la prothèse

⇒ Limitation du risque d'infections

✱ La mise en place d'une plaque intra-péritonéale

⇒ Apparition d'adhérences ⇒ Survenue d'occlusions

✱ Elaboration de plaque de Polytétrafluoroéthylène (PTFE)

◆ Propriétés hydrophobes ⇒ Diminution des adhérences

◆ Faible porosité ⇒ Manque d'intégration tissulaire

⇒ Taux de récurrence non négligeable

✿ Elaboration de plaque biface de type Parietex ®

- ◆ Face lisse hydrophile résorbable

⇒ Diminution des adhérences

- ◆ Face à porosité conservée en polyester

⇒ Bonne intégration tissulaire

⇒ Diminution du taux de récurrence

- ◆ Mise en place possible par voie coelioscopique

CONCLUSION

La mise en place d'une plaque intra-péritonéale composite de type Parietex® semble être justifiée dans le traitement des larges éventrations du fait :

- ◆ d'un faible taux de complications post-opératoires
- ◆ d'un faible taux de récurrence

D'autant que cette technique est réalisable par voie coelioscopique