

La cure des éventrations avec prothèse a des meilleurs résultats à distance en terme de récurrence que les plasties musculo-aponévrotiques

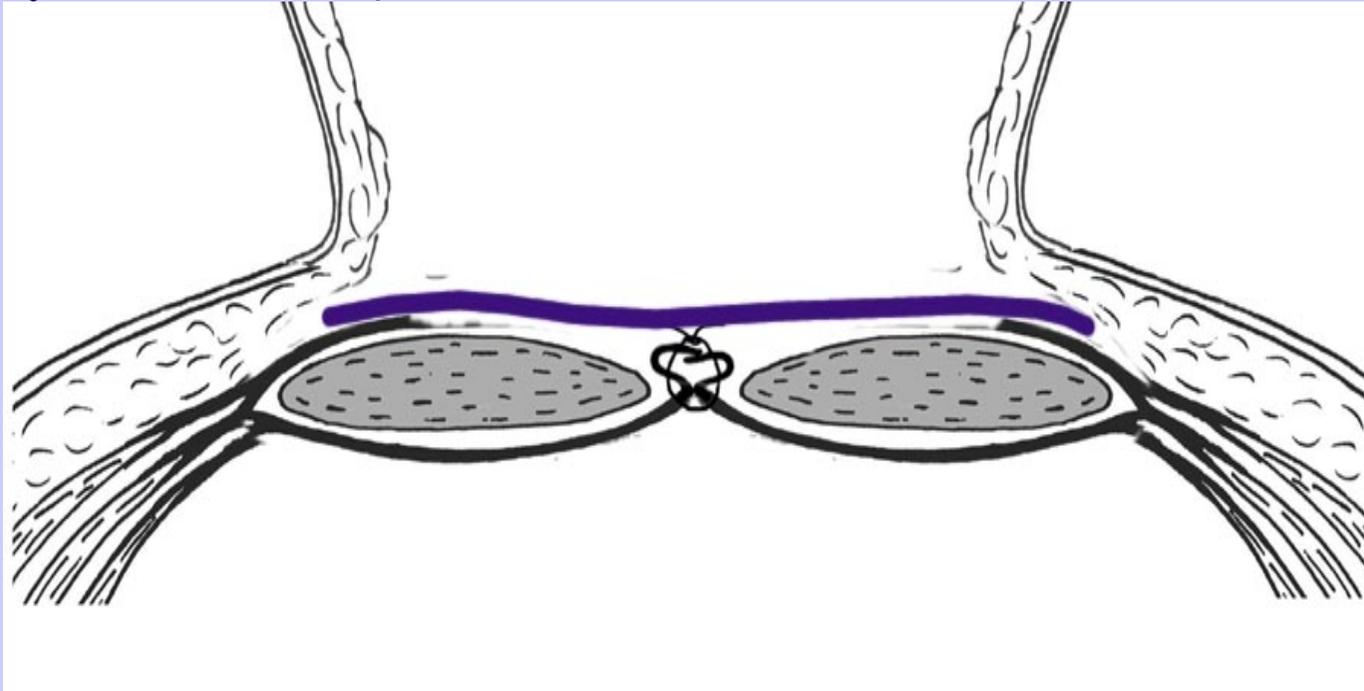
- De 1992 à 1998
- 181 éventrations (1ères récurrences)
- Etude multicentrique randomisée, avec un suivi médian de 75 mois pour le groupe sans prothèse et de 81 mois pour le groupe prothèse
- Risque de récurrence cumulé à 10 ans : 63% vs 32% (p<0,001)
- Pour de petites éventrations : 67% vs 17% (p<0,003)

Il y a plusieurs façons de placer une prothèse pour traiter une éventration

- La voie extrapéritonéale, prémusculo-aponévrotique (Chevrel) ou le plus souvent rétromusculaire, avec une plastie aponévrotique de recouvrement (Rives -Stoppa)
- La voie intrapéritonéale, par laparotomie ou par laparoscopie

Sites d'Implantation des Prothèses

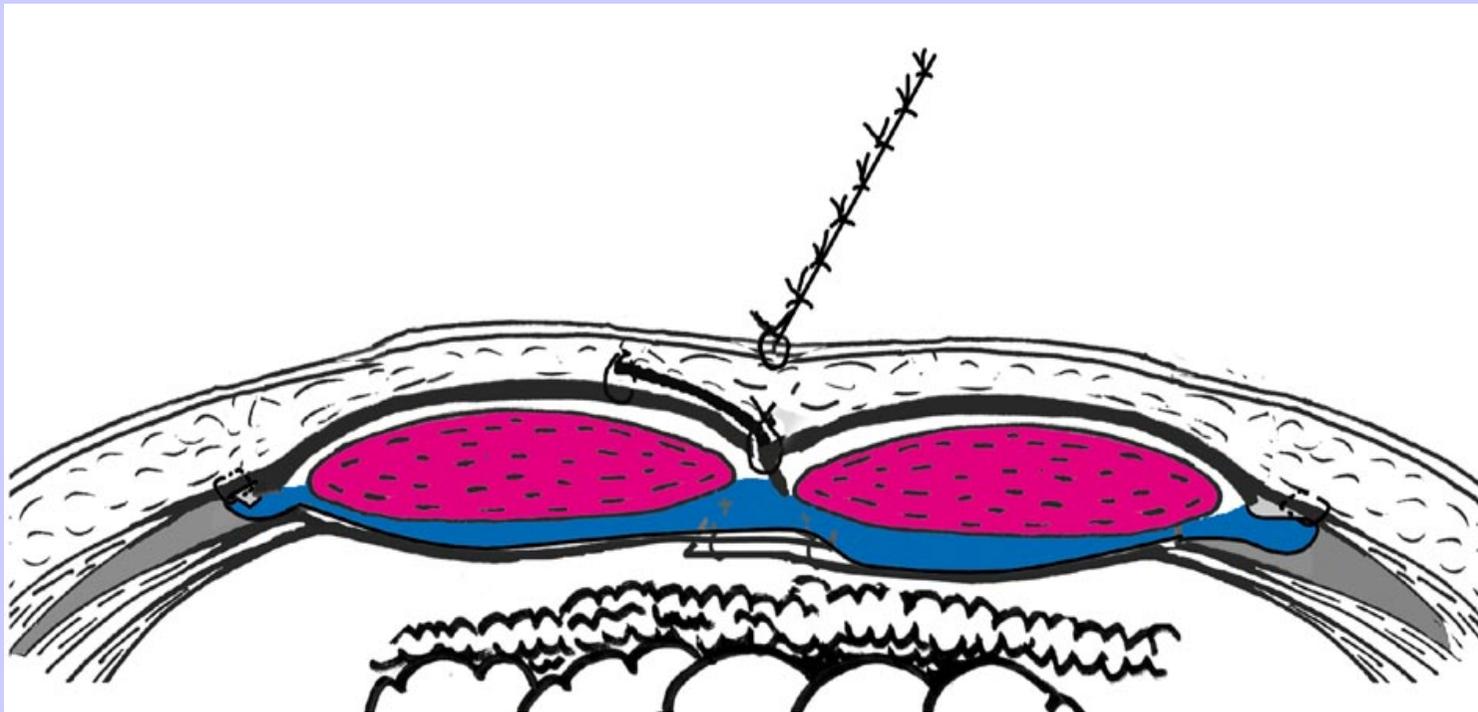
Le site sous cutané prémusculo-aponévrotique



Itani KMF The design of a randomized trial to compare open and laparoscopic surgical techniques AmJSurg 2004,188,S1,22-29

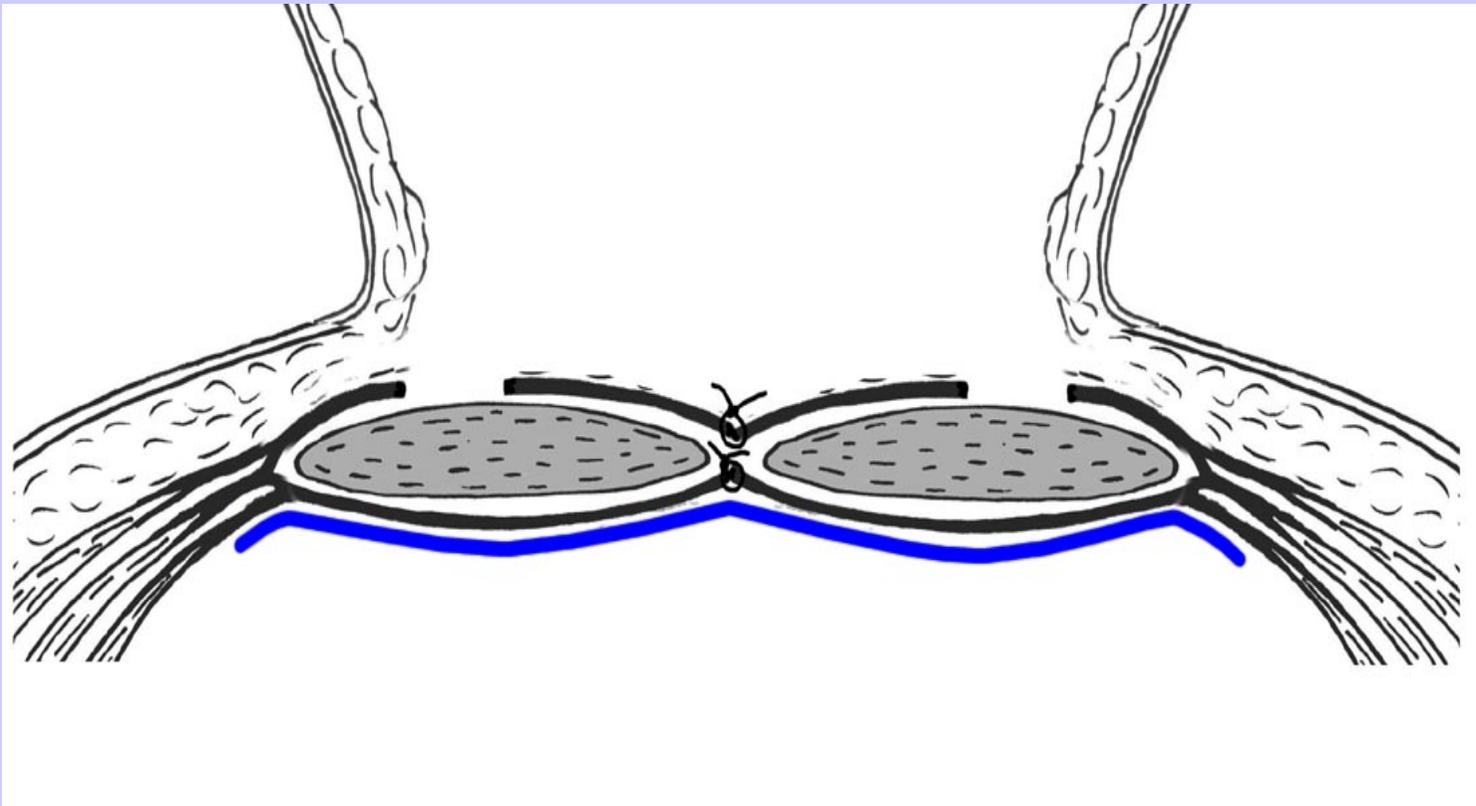
Sites d'Implantation des Prothèses

Le site rétromusculaire pré-fascio-péritonéal



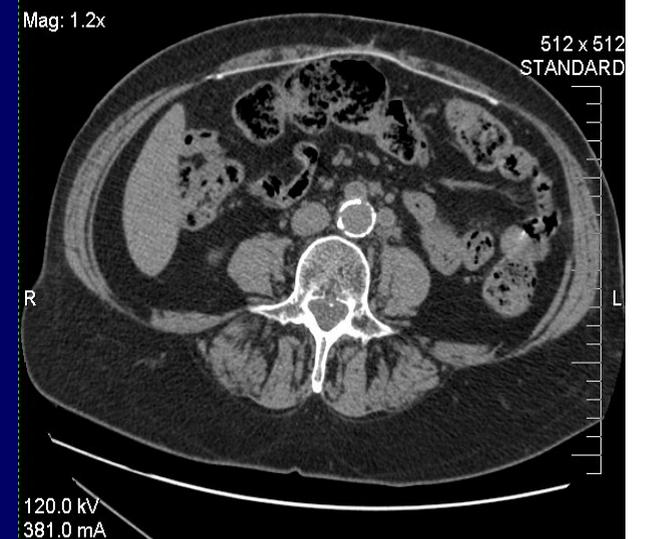
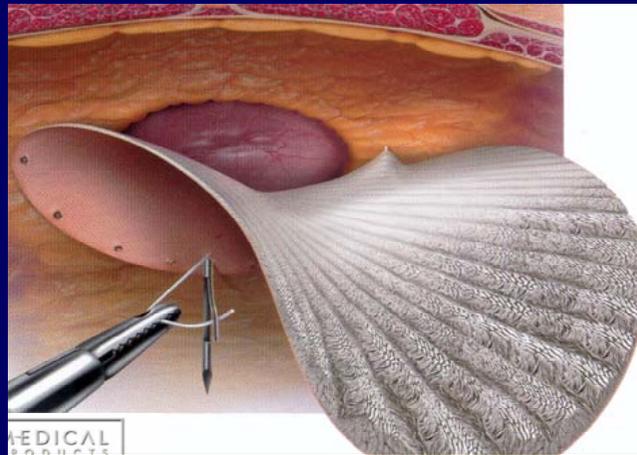
Sites d'Implantation des Prothèses

Le site intrapéritonéal



Abord
laparoscopique

Prothèse
intrapéritonéale
de Dualmesh®



En terme de services rendus, il faut comparer le Dualmesh® aux prothèses classiques, pour le site d'implantation intrapéritonéal

- Facilité d'implantation (chirurgien)
- Bonne tolérance avec un risque adhésiogène limité (la prothèse)
- Moins de risques immédiats (malade)
- Résultats à long terme sur la qualité de vie le risque de récurrences (au moins 2ans de recul)

La voie intrapéritonéale a plusieurs avantages

- Moins de dissection
- Moins de décollement
- Moins d'hématomes
- Moins de risques infectieux
- Elle peut être faite par laparoscopie !

White TJ Factors affecting wound complications in repair of ventral hernias
Am Surg 2004, 240, 276-280

Comparaison plastie musculaire vs laparoscopie (Dualmesh®)

Gonzalez R Am Surg 2005,71,598-605

- 2 séries consécutives de 42 plasties vs 45 laparoscopies (orifices > 12cm²)
- Par laparoscopie, les patients étaient plus jeunes (53 ±2 vs 68 ±2 ans), plus en surcharge pondérale (IMC 34 ±2 vs 29 ±1kg/m²), les éventrations plus volumineuses (318 ±49 vs 101 ±16 cm²)
- Pour la laparoscopie : Durée de séjour : 4,9±0,9 vs 9,6 ±1,8 jours (p<0,0001) - Complications de paroi : 2%vs33% (p<0,001) - Récidives 0% vs 7%

A chaque voie d'abord, une prothèse adaptée

- Pour la voie extrapéritonéale, il faut que la prothèse s'intègre aux muscles (polypropylène, polyester)
- Pour la voie intrapéritonéale, il faut en plus que les adhérences des viscères à la prothèse soient limitées

Le risque d'adhérences serrées aux viscères est majeur, si on utilise une prothèse classique par voie intrapéritonéale...

- Par laparotomie (Arnaud JP Arch Surg 1999, 134, 1260-1263) Dacron®
- Par laparoscopie (Franklin ME Hernia 2004, 8, 23-27) Prolène ®

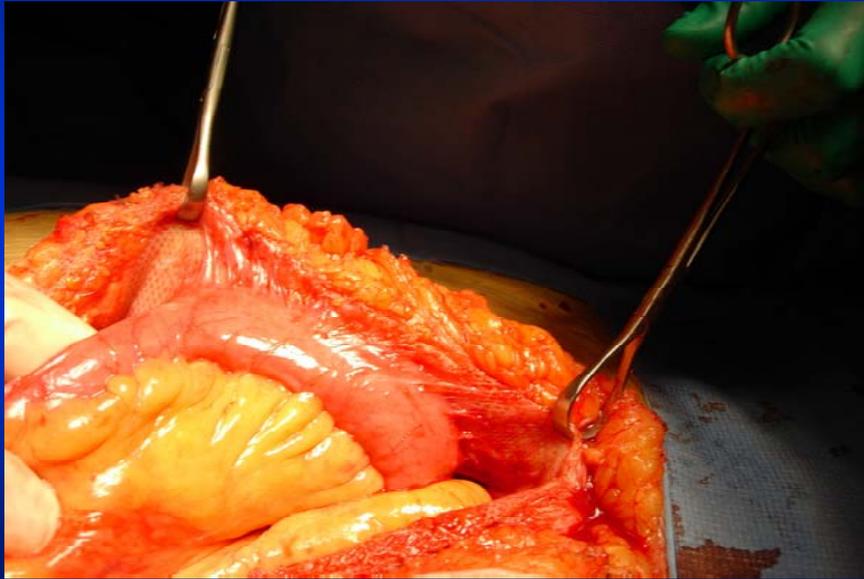
... et on recommande l'interposition de grand épiploon derrière la prothèse, ce qui n'est pas toujours possible.

Ce risque peut avoir des conséquences graves comme des fistules digestives...

- Fistule fécale à distance avec du Marlex® (Kaufman Z Dis Colon Rectum 1981, 24, 543-544)
- Fistule iléocutanée avec du polypropylène (Miller K Surg Endosc 1997, 11, 772-773)

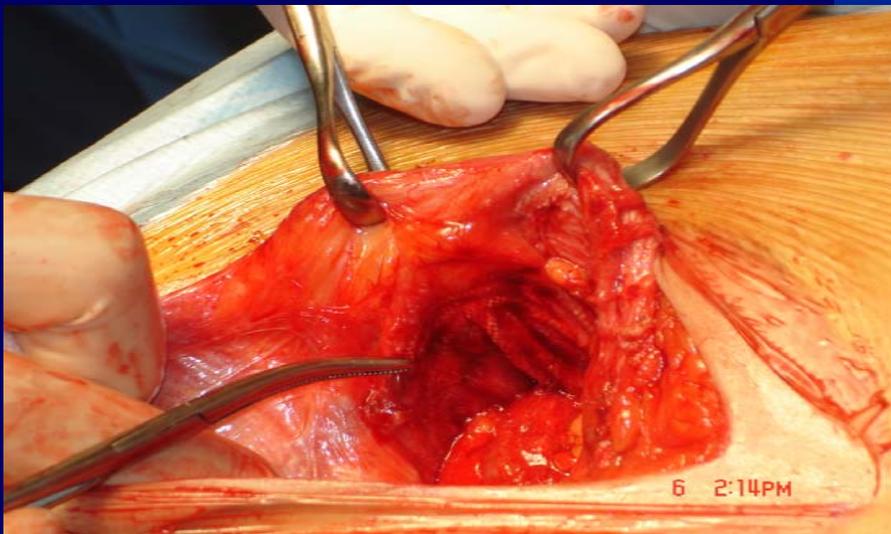
...et en particulier quand il faut réopérer pour une autre cause, le risque de blessure des viscères est élevé !

ADHERENCE AU GRELE



DANGERS DE
LA
DISSECTION !

ADHERENCE AU CÔLON



DEPERITONISATION



RISQUE DE BLESSURE

La prothèse Dualmesh® est bien tolérée en intrapéritonéal



- Des adhérences lâches aux viscères (91% en cas de réintervention *)
- Une néovascularisation avec un néopéritoine

* Koehler RH J Soc Lapendosc Surg 2003,7,335-340

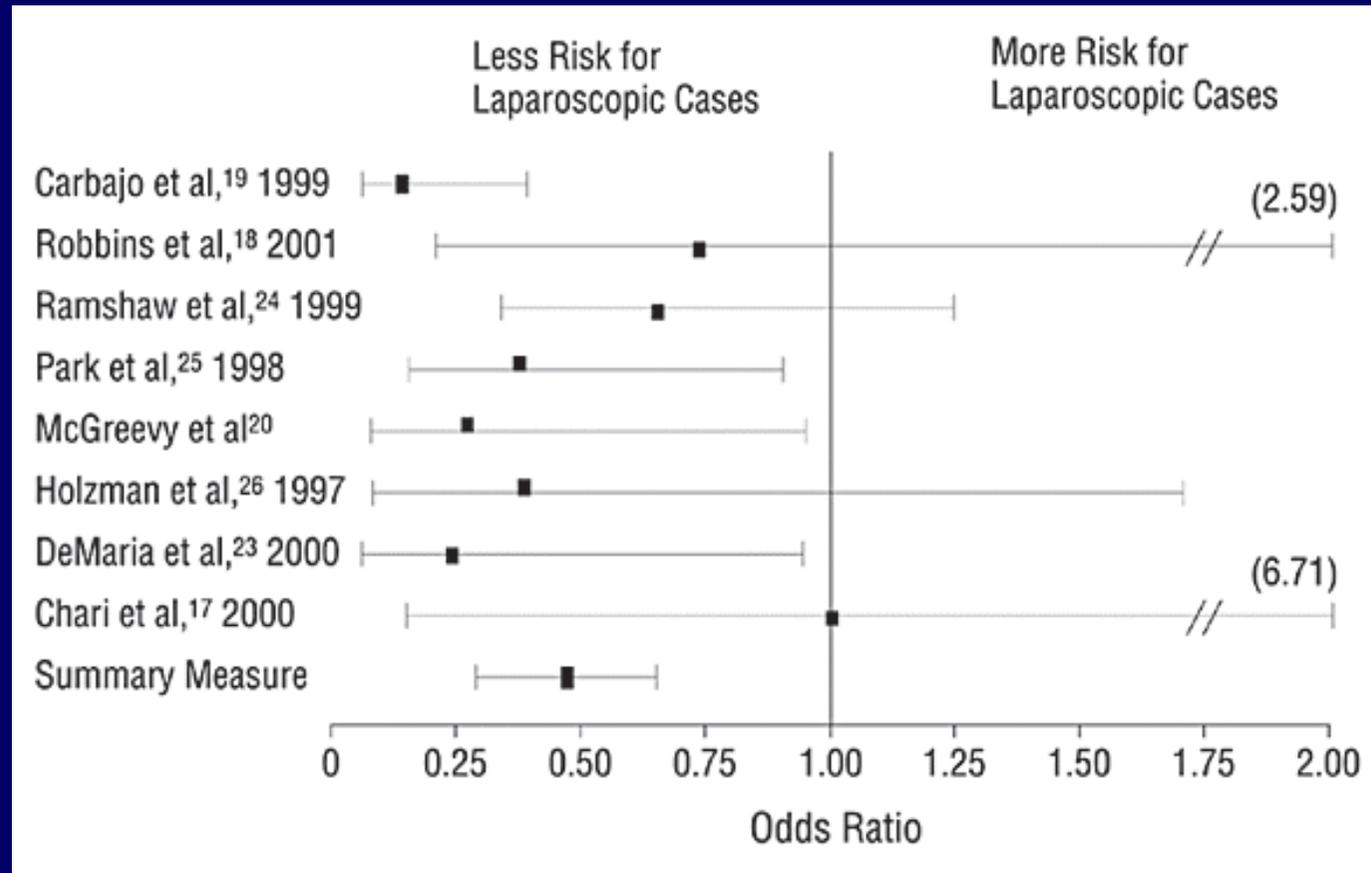
65 patients - 9 chirurgiens - score de Diamond = 0 à 3

RESULTATS IMMEDIATS (métaanalyse)

- 8 articles retenus sur 83
- 390 laparotomies vs 322 laparoscopies
- Complications périopératoires plus fréquentes après laparotomies (27% vs 14% $p < 0,03$ OR 0,42)
- Durée de séjour 4 vs 2 jours ($p < 0,02$)

Goodney PP Arch Surg 2002,137,1161-1165

Open mesh vs laparoscopic mesh



Goodney PP Arch. Surg 2002

RESULTATS

Monocentriques (Dualmesh ®)

- Topart P (Hernia 2005,9,348-352) : 146 patients à 26,6mois 5,8% de récurrences
- LeBlanc KA (Hernia 2003,7,118-124) : 200 patients - 2 séries consécutives de 100 patients - les récurrences passent de 9 à 4%. Le Dualmesh Plus (Ag-chlorhexidine) évite l'antibioprophylaxie.

RESULTATS

d'une série multicentrique par laparoscopie (Dualmesh®)

- 850 cas opérés par 4 chirurgiens en 9 ans.
En prospectif pour 85% des patients
- Morbidité postop : 13,2% (taille, 2ème récursive)
- 4,7% de récursive à 20 mois (1-94)

Heniford BT Ann Surg 2003,238,391-400

RECIDIVES dans 2 études prospectives (Carbajo)

- Randomisée de 60cas* : 27 mois de recul. Open 7% vs Laparoscopie 0%
- Non randomisée de 270 patients en 8 ans opérés par laparoscopie ** : 44 mois de recul : 4,4%

* Carbajo MA Surg Endosc 1999,13,250-252

** Carbajo MA Surg Endosc 2003,17,118-122

Etude prospective en cours : laparotomie (intrapéritonéale) vs laparoscopie (Dualmesh® microperforé)

- De 2003 à 2005, 121 patients ont été opérés (pas de randomisation) et sont suivis avec comme critères, principal les récidives et, secondaire la qualité de vie . Restent 3 mois d'étude pour avoir 70 patients par groupe.
- Multicentrique :12 chirurgiens, 4 font des laparotomies et 8 des laparoscopies.
- 4 récidives (2 dans chaque groupe).

Coordonnateurs : Ph Chastan et G Fourtanier

La cure laparoscopique des éventrations est sûre à moindre coût

- 92 cures par laparotomie (Vypro®) et 49 par laparoscopie
- Taux d'infection : 13% par laparotomie vs 1% par laparoscopie. Durée d'hospitalisation plus courte ($p < 0,02$)
- En coût direct opératoire : la laparoscopie est plus chère (2853€ vs 2314€ $p < 0,03$), mais...
- ... en coût total pour l'hospitalisation : la laparotomie est plus chère (9787€ vs 7654€ $p < 0,02$)

Etude suisse : Beldi G Surg Endosc 2005 en ligne en déc. A paraître

CONCLUSIONS

- La voie intrapéritonéale est largement utilisée, elle est plus simple, elle a moins de complications postopératoires que la voie extrapéritonéale.
- Pour faire cette voie, il faut des prothèses adaptées, adhérentes à la paroi et peu adhérentes aux viscères (contrairement aux prothèses classiques où les adhérences viscérales sont serrées avec risque d'occlusion et de fistule).
- La prothèse de Dualmesh ® en intrapéritonéal a permis d'étendre la technique à l'abord laparoscopique qui a de nombreux avantages par rapport à la laparotomie.