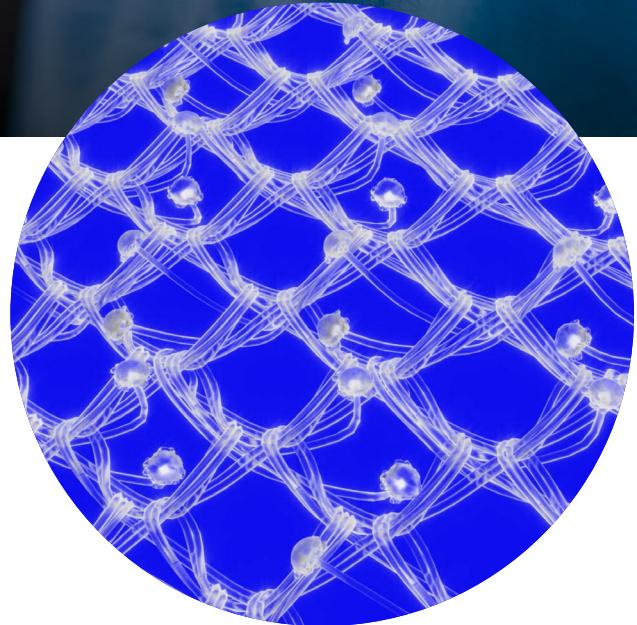


Guide technique

# Prothèse autoagrippante Transorb<sup>MC</sup> résorbable

Ce guide couvre les techniques et les considérations relatives à l'utilisation de la prothèse résorbable autoagrippante Transorb<sup>MC</sup> dans le cadre d'une réparation de hernie ventrale extraperitoneale en chirurgie ouverte. Les chirurgiens détermineront les techniques appropriées pour commencer et terminer l'intervention – y compris la fermeture de lésion herniaire<sup>†</sup>.



La prothèse Transorb<sup>MC</sup> se compose de copolymères de poly-L-lactide et de polytriméthylène carbonate (PLLA/TMC), et une de ses faces est dotée la technologie ProGrip<sup>MC1</sup>.

<sup>†</sup>Ce guide n'est pas destiné à constituer un avis médical ou à remplacer de quelque manière que ce soit le jugement médical indépendant d'un médecin formé et agréé à l'égard des besoins ou des circonstances propres à un patient. Le médecin est entièrement responsable des décisions et des jugements médicaux relatifs au traitement de son patient.

# La prothèse résorbable – réimaginée.

## Résistance supérieure<sup>†,1,2</sup>.

- **Prothèse plus résistante** : Une résistance à la traction nettement supérieure à celle de la prothèse Phasix<sup>MC\*‡,2</sup>
- **Une fixation solide** : La force de fixation aux tissus est 1,6 fois plus élevée<sup>§,§,1</sup> avec la technologie ProGrip<sup>MC</sup>
- **Réparation solide** : La macroporosité permet une excellente pénétration des tissus, procurant une bonne résistance mécanique à la réparation de la lésion<sup>§,1,3-5</sup>

## Répare. Renforce. Se réseorbe<sup>§,1,3-6</sup>.

- **Intégration aux tissus** : Les microattachments résorbables favorisent une excellente intégration tissulaire<sup>§,1,7</sup>
- **Période de guérison critique** : Fournit le même soutien qu'une prothèse synthétique permanente pendant la période critique de cicatrisation et se résorbe progressivement dans le corps avec le temps<sup>§,1,1,6</sup>
- **Entièrement résorbable** : Au bout de 18 à 24 mois, la dégradation de la prothèse est presque complète, les fibres restantes se résorbant essentiellement au bout de 36 à 60 mois après l'implantation<sup>§,§,1,6</sup>

## La taille des pores est importante.

La prothèse autoagrippante Transorb<sup>MC</sup> résorbable est macroporeuse. Les pores de grande taille sont associés à un risque réduit d'infection et de rétrécissement<sup>1,3,8</sup>, ainsi qu'à une réduction de la formation de séromes<sup>§,1,9</sup>

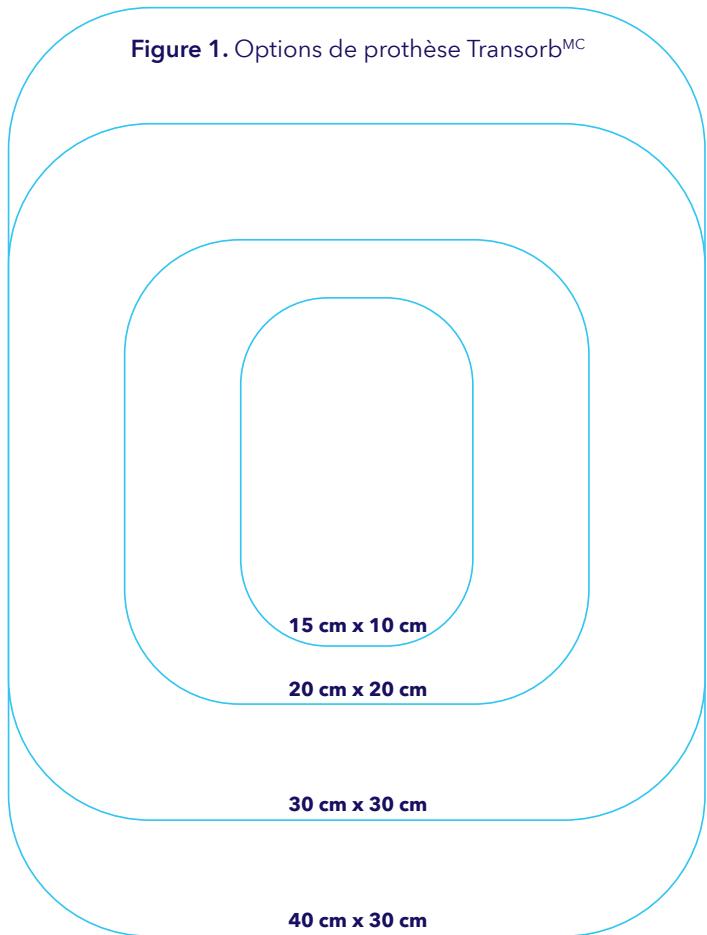
## Sélection de la taille de la prothèse

Après avoir refermé la lésion herniaire, sélectionnez la prothèse appropriée pour réparer la hernie ventrale. Le choix de la taille appropriée permet de couvrir largement les tissus mous à renforcer (figure 1).

**Attention :** La prothèse doit être positionnée de manière à ce que ses bords dépassent les marges de la hernie réparée. Dans la mesure du possible, il est recommandé de prévoir un recouvrement d'au moins 5 cm au-delà des bords de la lésion initiale.

La prothèse peut être taillée à la forme ou à la taille souhaitée. Le découpage de la prothèse n'a pas d'incidence sur ses caractéristiques mécaniques<sup>10</sup>.

Figure 1. Options de prothèse Transorb<sup>MC</sup>



Les complications liées aux prothèses peuvent inclure, sans s'y limiter, les hématomes, les séromes, les infections, les douleurs aiguës et chroniques, l'extrusion ou l'érosion, l'inflammation et la récidive.

<sup>†</sup>En comparaison de la prothèse autoagrippante en polyester ProGrip<sup>MC</sup> et de la prothèse Phasix<sup>MC\*</sup>. En comparaison d'une prothèse à plat avec le même niveau de fixation des sutures. Basé sur des tests précliniques et des études en laboratoire qui ne sont pas nécessairement représentatifs des résultats cliniques chez l'humain. <sup>‡</sup>Selon des études en laboratoire qui ne sont pas nécessairement représentatives des résultats cliniques chez l'humain. <sup>§</sup>En comparaison d'une prothèse à plat avec le même niveau de fixation des sutures. <sup>¶</sup>Basé sur des essais précliniques qui ne sont pas nécessairement représentatifs des résultats cliniques chez l'humain. <sup>||</sup>En comparaison d'une prothèse autoagrippante en polyester ProGrip<sup>MC</sup> dans des conditions *in vitro* simulées à 20 semaines. <sup>#</sup>La période de résorption totale dépend de nombreux facteurs, y compris la physiologie unique du patient.

# Positionnement de la prothèse

Déterminez le côté de la prothèse qui utilise la technologie ProGrip<sup>MC</sup> et décidez si vous devez placer ce côté vers le haut ou vers le bas. La face autoagrippante de la prothèse peut être différenciée de la face lisse non agrippante visuellement ou au toucher.

**Attention :** La prothèse ne doit pas être placée avec les microattachments en direction du péritoine ni en contact direct avec les viscères abdominaux.

**Remarque :** Si la prothèse est pliée avec les microattachments face à face, il sera facile de la relâcher dans la zone et de la déplier.

La transparence du tissu facilite la visualisation des structures anatomiques sous-jacentes, y compris la lésion, pour une mise en place et un repositionnement plus faciles (Figure 2)<sup>†,11,12</sup>.



**Figure 2.**

La prothèse est déployée de façon à ce que les bords dépassent la hernie réparée et soient centrés sur la lésion.

# Déploiement de la prothèse

Une fois correctement positionné, exercez une légère pression pour déployer la prothèse (figure 3). La présence des microattachments d'un côté permet à la prothèse de se conformer à l'anatomie et l'empêche de se déplacer pendant la mise en place<sup>‡,13,14</sup>.

Après le déploiement, si la prothèse ne s'insère pas dans l'espace anatomique, il convient de poursuivre la dissection ou de couper la prothèse.

La prothèse autoagrippante Transorb<sup>MC</sup> résorbable peut être repositionnée facilement au besoin<sup>15</sup>

Si la prothèse est placée les microattachments orientées vers le haut, vers la paroi corporelle, elle se fixera aux tissus de la paroi corporelle une fois l'incision réparée (figure 4). Maintenez la prothèse à plat pendant la fermeture de l'incision.

**Remarque :** Une technique permettant de maintenir la prothèse à plat consiste à soulever les parois abdominales pour qu'elles ne touchent plus la prothèse, à tirer les parois abdominales vers le centre et à replacer les parois abdominales perpendiculairement à la surface de la prothèse avant de refermer le fascia antérieur.

La prothèse Transorb<sup>MC</sup> doit être fixée en place. La fixation doit être effectuée en fonction de l'intervention chirurgicale, de la taille de la lésion et des conditions du patient. La propriété autoagrippante du textile facilite le positionnement et contribue à la fixation pendant au moins 4 semaines<sup>§,16</sup>.

Il est recommandé de fixer la prothèse Transorb<sup>MC</sup> avec des sutures à une distance d'environ 1 cm du bord de la prothèse.

D'autres méthodes de fixation que les sutures n'ont pas été évaluées pour une utilisation avec la prothèse Transorb<sup>MC</sup>.

**Important :** Veuillez consulter le mode d'emploi fourni avec le produit pour obtenir une liste complète des instructions, des indications, des contre-indications, des mises en garde et des précautions.

Les complications liées aux prothèses peuvent inclure, sans s'y limiter, les hématomes, les séromes, les infections, les douleurs aiguës et chroniques, l'extrusion ou l'érosion, l'inflammation et la récidive.

<sup>†</sup>Basé sur les commentaires de 6 chirurgiens, obtenus dans le cadre d'essais porcins en laboratoire.

<sup>‡</sup>Basé sur des études en laboratoire, qui ne sont pas nécessairement représentatives des résultats cliniques chez l'humain.

<sup>§</sup>Basé sur des tests précliniques, qui ne sont pas nécessairement représentatifs des résultats cliniques chez l'humain.



**Figure 3.**

Déploiement de la prothèse, du centre vers les bords.



**Figure 4.**

Illustration des microattachments tournées vers le haut. Les microattachments se fixeront aux tissus une fois l'incision réparée.

- 
1. Vestberg R, Lecuivre J, Radovic A, Payet E, Bayon Y, Bouré L, « A novel self-gripping long-term resorbable mesh providing temporary support for open primary ventral and incisional hernia », *J. Mater. Sci. Mater. Med.*, 2023;34(11):59.
  2. Basé sur le rapport interne no 1203CR764a, « Phasix™ mesh vs. Transorb™ self-gripping resorbable mesh - ball burst statistical comparison », Octobre 2021.
  3. Brown CN, Finch JG., « Which mesh for hernia repair? », *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 2010;92(4):272-278.
  4. Lake SP, Ray S, Zihni AM, Thompson DM Jr, Gluckstein J, Deeken CR., « Pore size and pore shape--but not mesh density--alter the mechanical strength of tissue ingrowth and host tissue response to synthetic mesh materials in a porcine model of ventral hernia repair », *J. Mech. Behav. Biomed. Mater.*, 2015;42:186-197.
  5. Weyhe D, Cobb W, Lecuivre J, et coll., « Large pore size and controlled mesh elongation are relevant predictors for mesh integration quality and low shrinkage -- Systematic analysis of key parameters of meshes in a novel minipig hernia model », *Int. J. Surg.*, 2015;22:46-53.
  6. Basé sur le rapport interne no 1203CR462a, « Evaluation of Transorb™ self-gripping resorbable mesh and Deltoria™ self-gripping resorbable mesh degradation and associated local tissue effects », Novembre 2023.
  7. Basé sur le rapport interne no BIO111-a, « Biological evaluation report: « Transorb™ self-gripping resorbable mesh and Deltoria™ self-gripping resorbable mesh », 1er octobre 2021.
  8. Weyhe D, Belyaev O, Müller C, et coll. « Improving outcomes in hernia repair by the use of light meshes--a comparison of different implant constructions based on a critical appraisal of the literature », *World J. Surg.*, 2007;31(1):234-244.
  9. Jin J, Schomisch S, Rosen MJ., « In vitro evaluation of the permeability of prosthetic meshes as the possible cause of postoperative seroma formation », *Surg. Innov.*, 2009;16(2):129-133.
  10. Basé sur le rapport d'essai interne no 1203CR737a, « Design verification activities for mesh physical and mechanical properties », Octobre 2021.
  11. Basé sur le rapport interne no 1203CR738, « Transorb™ self-gripping resorbable mesh design validation lab - marketing questionnaire », Octobre 2021.
  12. Basé sur le rapport interne no 1203CR774, « Transorb™ self-gripping resorbable mesh congress VOC », Novembre 2021.
  13. Basé sur le rapport interne no 1203CR621a, « Design verification activities associated with DI-261 (ex vivo gripping test without fixation) », Novembre 2020.
  14. Basé sur le rapport interne no 1203CR750, « Transorb™ self-gripping resorbable mesh - marketing evaluation form », Octobre 2021.
  15. Basé sur le rapport de test interne no 1203CR719, « Design validation and summative usability evaluation of Transorb™ self-gripping resorbable mesh », Juillet 2022.
  16. Basé sur le rapport interne no 1203CR867, « Evaluation and comparison of meshes fixation strengths in a porcine model at four weeks after implantation : pivotal study », Novembre 2023.

† « Deltoria » est le nom de projet interne de Medtronic pour « prothèse autoagrippante Transorb résorbable ».

**Medtronic**

99 Hereford Street  
Brampton, Ontario, L6Y 0R3  
Sans frais : 800 268-5346  
Tél. : 905 460-3800

[medtronic.ca](http://medtronic.ca)

Pour obtenir une liste des indications, des contre-indications, des précautions, des mises en garde et des événements indésirables potentiels, veuillez consulter le mode d'emploi.

©2025 Medtronic. Tous droits réservés. Medtronic, le logo de Medtronic et « Concevoir l'extraordinaire » sont des marques de commerce de Medtronic. MC\*Les marques de tiers sont des marques de commerce de leurs détenteurs respectifs. Toutes les autres marques sont des marques de commerce d'une société de Medtronic. US-HR-2200018FC CA-OR-0138-F Rév. 08/2025