

Chers Maîtres, chers collègues, chers amis,

Je me permets de vous contacter pour connaître et partager nos expériences concernant la prise en charge des **omphalocèles par VAC® thérapie**.

Nous avons récemment eu recours à ce type de prise en charge chez une patiente porteuse d'omphalocèle géante, en seconde intention après réintégration progressive, et ce type de traitement a considérablement facilité les soins, en plus de fournir un résultat final à moyen terme très intéressant.

La littérature est pauvre avec un article s'appuyant sur une série de trois cas, même si une publication récente sur les Laparoscisis évoque les potentiels avantages de la VAC® Thérapie (mais dans une indication bien différente de la prise en charge de notre patiente).

Afin d'étoffer le « case report » que nous avons rédigé, nous souhaiterions vous proposer, si vous avez déjà eu recours à cet artifice dans le cadre de la fermeture d'omphalocèle, de rassembler nos expériences respectives. L'analyse ne sera que meilleure si nous disposons de plusieurs cas. Il est bien évident que chacun d'entre vous sera indexé en co-auteur si ce travail aboutit.

Ci-joint un questionnaire à remplir et à me ré-adresser avant le 01 janvier 2012 si vous êtes concernés.

En vous remerciant à l'avance de vos réponses,

Aurélien BINET, sous la direction bienveillante des Pr Marie-Laurence POLI-MEROL et Dr Caroline FIQUET.

Interne de Chirurgie Infantile
Service de chirurgie pédiatrique
American Memorial Hospital
REIMS

ETUDE MULTICENTRIQUE CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE PAR VAC®
THERAPIE DES OMPHALOCELES

Contact de la personne responsable du recueil des données :

Aurélien BINET - Interne
American Memorial hospital
SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE
Professeur POLI-MEROL
43 RUE COGNACQ JAY
51092 REIMS



03 26 78 32 94 fax 03 26 78 43 18

aurelien.binet1@gmail.com

Ville :

Chirurgien responsable ou nom de la personne responsable de la collecte des informations :

Numéro téléphone ou mail pour éventuellement répondre à certaines questions :

Sémiologie :

Sexe : F M

Date de naissance :

Antécédents notables :

Diagnostic anténatal d'omphalocèle : oui non

Caryotype réalisé : oui non,

Si oui, anomalies retrouvées : oui non, laquelle

.....

Naissance :

Omphalocèle : oui non

Si oui, type d'omphalocèle : géante (collet>8cm), moyenne (8-4cm), petite (<4cm)

Autres pathologies associées : oui non

Si oui, la ou lesquelles :

.....

Défaillance cardio-pulmonaire pré-opératoire : oui non

Hypoplasie thoracique : oui non

Adaptation à la naissance : simple ou nécessité de réanimation

Prise en charge chirurgicale :

Age au moment de la chirurgie (jour ou heure)
:

Délais naissance – Prise en charge :
.....

Prise en charge initiale : chirurgicale : oui non

Fermeture en un temps : oui non, sous AG ou au lit sans AG

Silo type « Schuster » : oui non

Cicatrisation dirigée : oui non

Tanage à l'éosine : oui non

VAC® thérapie en première intention : oui non

Pour quelles raisons avez-vous opté pour cette
technique ? :

.....
.....

Si VAC® thérapie en 2^{ème} intention, que s'est-il passé pour y avoir eu recours ? :
.....
.....

Délais chirurgie première - installation VAC® :
.....

Taille du defect cutané lors de l'installation du VAC® :
.....

Grêle ou tube digestif exposé : oui non

Motivation à l'installation du VAC® : sepsis /intolérance clinique /complications cardio-
pulmonaires

Durée d'utilisation du VAC® :
.....

Pression utilisée :/ Mode utilisé : continu discontinu / Rythme des pansements :
.....

Délais prise en charge première – cicatrisation complète :
.....

Délais première installation du VAC® – cicatrisation complète :
.....

Suivi

Reste-t-il un geste complémentaire à effectuer à distance (correction éventration, reprise cicatrice) ? :

.....
.....

Si vous avez des photos et que vous nous autorisez à les utiliser, merci beaucoup par avance.

MERCI !!!