

A vos agendas

4^{ÈME} JOURNÉE TERRITORIALE DE LA FILIÈRE OBÉSITÉ (JTO)

du Centre Spécialisé de l'Obésité
Caen Normandie (CSO Caen Normandie)

Vendredi 14 novembre 2025

> 8 h 45 à 17 h

Conférences au Musée
des Beaux-Arts
Château de Caen

Eventration et obésité : Liens et prise en charge

Hugo MEUNIER, CHU de Caen

Pour les professionnel(le)s de santé impliqué(e)s dans la prise en charge
de l'obésité dans les territoires de santé Manche-Orne-Calvados



La certification qualité A-ME
s'applique au titre de la catégorie
d'actions suivantes :
ACTIONS DE FORMATIONS

Plan

- I. Obésité : Facteur de risque d'éventration ?**
- II. Obésité : Facteur de risque de complications de la chirurgie pariétale ?**
- III. Situations cliniques**
- IV. Chirurgie bariatrique et pariétale en pratique**
- V. Messages à ramener chez soi**

I.

Obésité : Facteur de risque d'éventration ?

Obésité : Facteur de risque d'éventration?

JACS, 2015

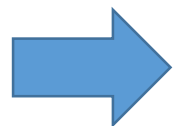


Development and Validation of a Risk Stratification Score for Ventral Incisional Hernia after Abdominal Surgery: Hernia Expectation Rates in Intra-Abdominal Surgery (The HERNIA Project)

Christopher J Goodenough, MD, Tien C Ko, MD, FACS, Lillian S Kao, MD, MS, FACS, Mylan T Nguyen, MPH, Julie L Holihan, MD, Zeinab Alawadi, MD, Duyen H Nguyen, MPH, Juan R Flores, MD, Nestor T Arita, MD, J Scott Roth, MD, FACS, Mike K Liang, MD, FACS

But : Création d'un score prédictif de survenue d'une éventration

Méthode : Etude prospective non randomisée avec inclusion consécutive pendant 2 ans des 625 malades opérés de l'abdomen hors chirurgie pariétale



Création du **HERNIAscore** en analysant les FdR en multivarié

Obésité : Facteur de risque d'éventration?

Table 4. Multivariable Cox Regression Analyses: Main Analysis of Development Cohort and Sensitivity Analysis

Variable	Main analysis Development cohort (n = 428)		Sensitivity analyses							
	HR	95% CI	Including SSI (n = 428)		>6-mo follow-up (n = 583)		<6-mo follow-up (n = 42)		Fascial dehiscence (n = 625)	
			HR	95% CI	HR	95%CI	HR	95% CI	HR	95% CI
COPD	2.35	1.44–3.83	2.53	1.55–4.13	2.8	1.54–5.09	3.72	1.27–10.87	–	–
Laparoscopic									–	
HAL	4.00	2.08–7.70	3.42	1.78–6.61	4.34	2.15–8.75	–	–	7.35	0.82–66.14
Laparotomy	4.77	2.61–8.70	3.69	2.00–6.83	5.48	2.89–10.39	–	–	12.83	1.64–100.50
BMI ≥ 25 kg/m ²	1.74	1.04–2.91	–	–	1.84	1.04–3.27	–	–	–	–
SSI	–	–	2.44	1.51–3.94	–	–	–	–	–	–
Open abdomen	–	–	–	–	–	–	–	–	4.01	1.22–13.13
AUC	0.77	0.68–0.86	0.80	0.71–0.90	–	–	–	–	–	–

AUC, area under the curve; HAL, hand-assisted laparoscopy; SSI, surgical site infection.

HERNIAscore :

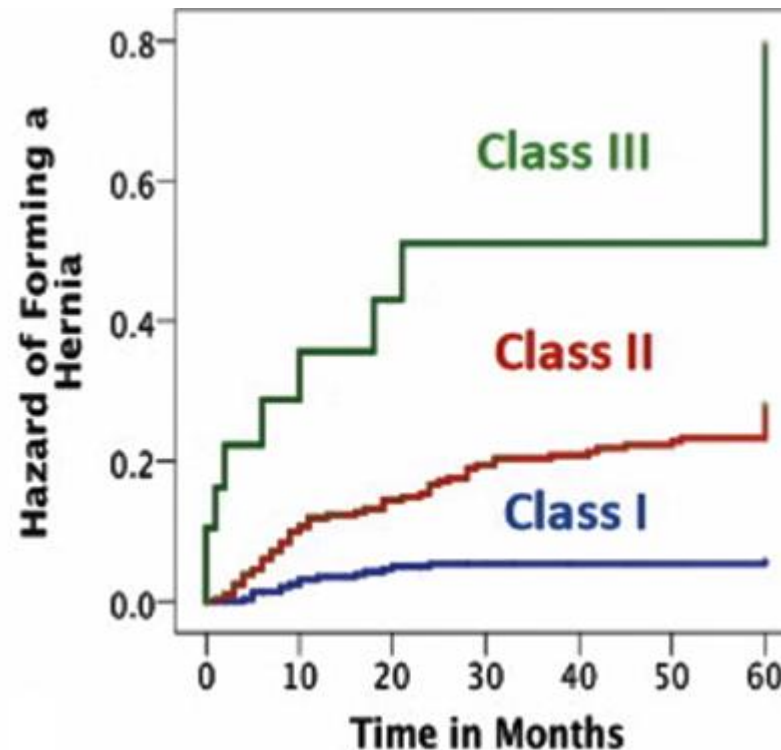
- Laparotomie : 4 points
- Cicatrice d'extraction : 3 points
- BPCO : 1 point
- IMC > 25kg/m² : 1 point

Obésité : Facteur de risque d'éventration?

Table 5. Predictive Score for and Actual Rates of Ventral Incisional Hernia after Abdominal Surgery

Cohort	Risk of hernia formation based on HERNIAScore points*		
	Class I (0–3 points)	Class II (4–5 points)	Class III (6 points)
Development cohort (n = 428), n (%)	14 (6.8)	48 (23.2)	8 (50.0)
Validation cohort (n = 197), n (%)	2 (2.0)	18 (19.6)	3 (75.0)
Overall cohort (n = 625), n (%)	16 (5.2)	66 (22.1)	11 (55.0)

*HERNIAScore = 4*Laparotomy + 3* hand-assisted laparoscopy + 1*COPD + 1*BMI \geq 25 kg/m². Points based on hazard ratios rounded to the nearest integer minus 1.



Obésité : Facteur de risque d'éventration?

Hernia (2023) 27:423–429

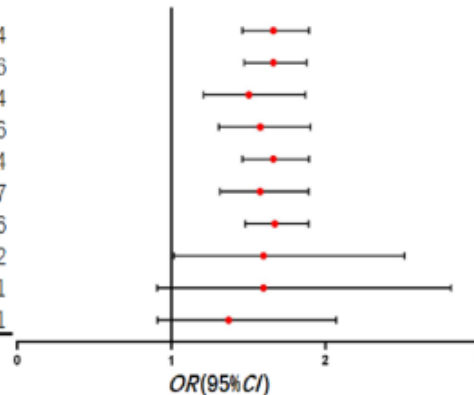
Body mass index and the risk of abdominal hernia: a Mendelian randomization study

Z. Li¹ · L. Xia¹ · X. Li² · Y. Guan³ · H. He³ · L. Jin³

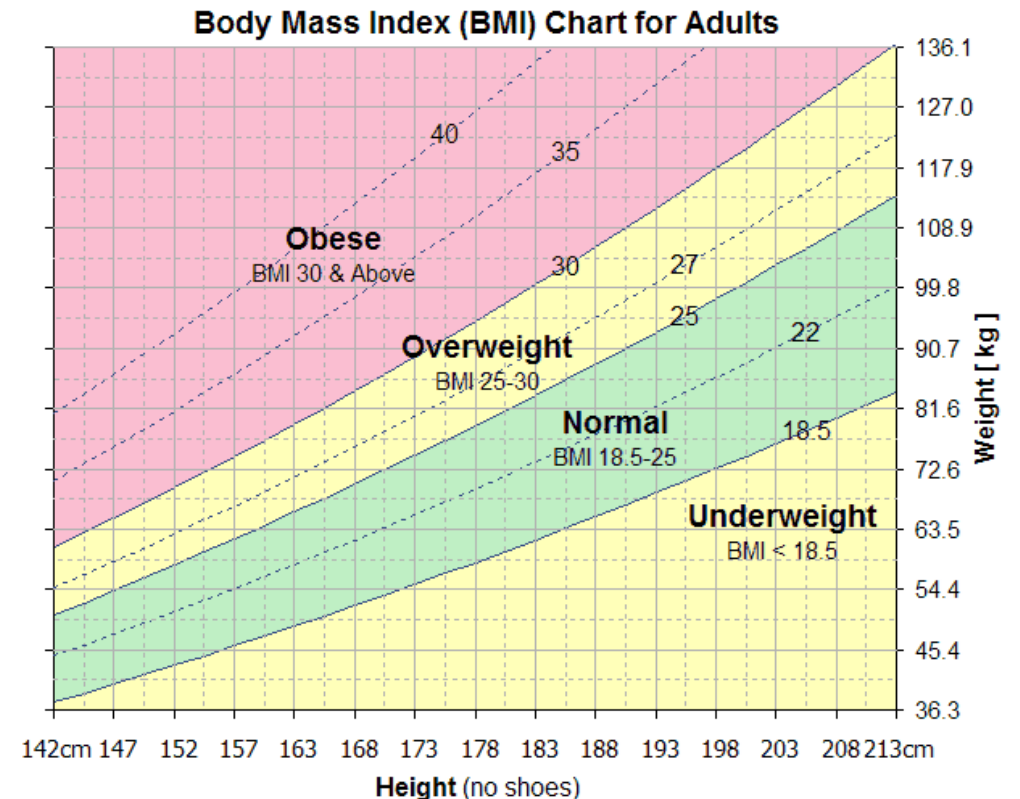
But : Evaluation de la relation entre obésité et survenue d'une éventration

Méthode : Evaluation sur 460 000 patients en Angleterre de 450 facteurs pouvant favoriser la survenue d'éventration. Réalisation de 10 tests statistiques pour confirmer le caractère indépendant de la relation entre obésité et éventration

Method	Number of SNPs	OR(95%CI)	Pvalue
BMI--AH			
Inverse variance weighted(random)*	371	1.66(1.46-1.89)	1.55E-14
Inverse variance weighted (fixed)	371	1.66(1.47-1.88)	1.94E-16
MR-RAPS	371	1.50(1.21-1.87)	2.50E-04
Weighted median	371	1.58(1.31-1.90)	2.01E-06
IWV radial	371	1.66(1.46-1.89)	1.56E-14
Penalised weighted median	371	1.58(1.32-1.89)	8.30E-07
Maximum likelihood	371	1.67(1.48-1.89)	2.10E-16
Weighted mode	371	1.60(1.02-2.51)	4.29E-02
Simple mode	371	1.60(0.91-2.82)	1.05E-01
MR Egger	371	1.37(0.91-2.07)	1.32E-01



Chaque augmentation d'une DS d'IMC augmente de 66% le risque de développer une éventration



II.

Obésité : Facteur de risque de complications de la chirurgie pariétale ?

Obésité : Facteur de risque de complications de la chirurgie pariétale ?



Development and Validation of a Risk-Stratification Score for Surgical Site Occurrence and Surgical Site Infection after Open Ventral Hernia Repair

Berger, Rachel L. BA^a; Li, Linda T. MD^b; Hicks, Stephanie C. PhD, MS^c; Davila, Jessica A. PhD^d; Kao, Lillian S. MD, MS, FACS^e; Liang, Mike K. MD^{a,b,*}

Variable	VHRS for SSI		
	OR	95% CI	Points
Mesh implant	—	—	—
Concomitant hernia repair	2.1	1.4–3.3	2
Skin flaps created	2.3	1.6–3.4	2
ASA score ≥ 3	2.1	1.4–3.2	2
BMI ≥ 40	3.2	1.7–5.9	3
Wound class 4	6.8	3.2–15.4	7

Obésité : Facteur de risque de complications de la chirurgie pariétale ?

The effect of increasing body mass index on wound complications in open ventral hernia repair with mesh

Luciano Tastaldi ^{a,*}, David M. Krpata ^a, Ajita S. Prabhu ^a, Clayton C. Petro ^a, Steven Rosenblatt ^a, Ivy N. Haskins ^a, Molly A. Olson ^b, Thomas G. Stewart ^b, Michael J. Rosen ^a, Jacob A. Greenberg ^c

The American Journal of Surgery 218 (2019) 560–566

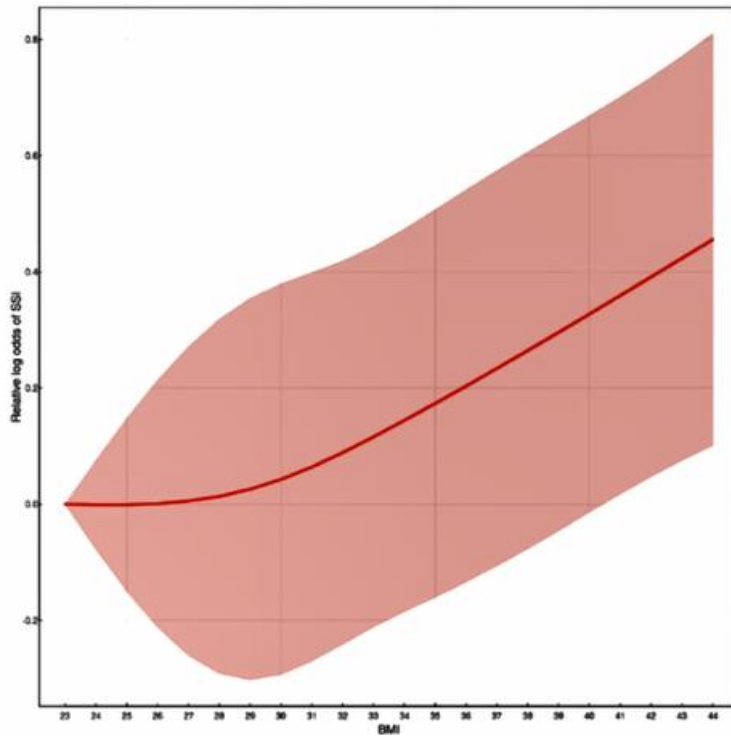


Fig. 2. Relationship between BMI (x-axis) and relative log-odds for SSI (y-axis). Shading represents 95% bootstrap confidence intervals.

ISO

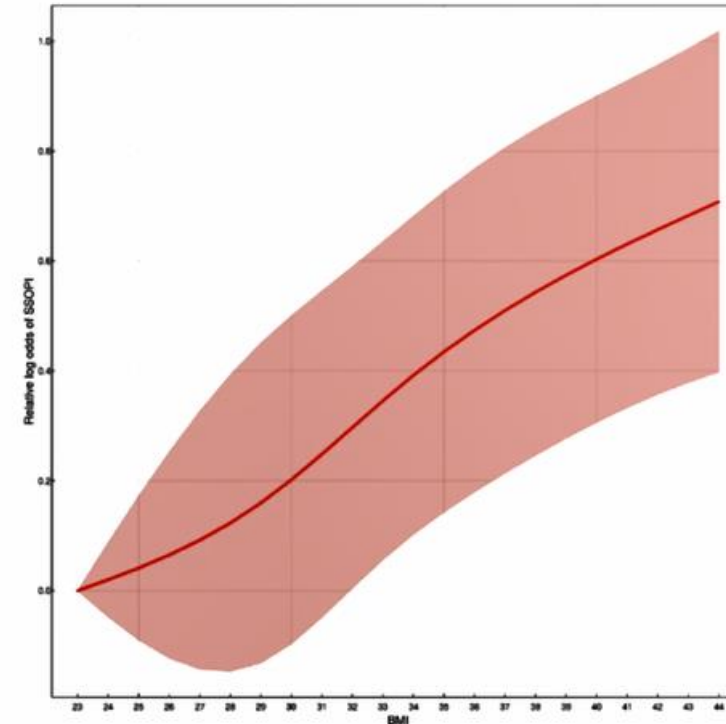


Fig. 3. Relationship between BMI (x-axis) and relative log j-odds for SSOP1 (y-axis). Shading represents 95% bootstrap confidence intervals.

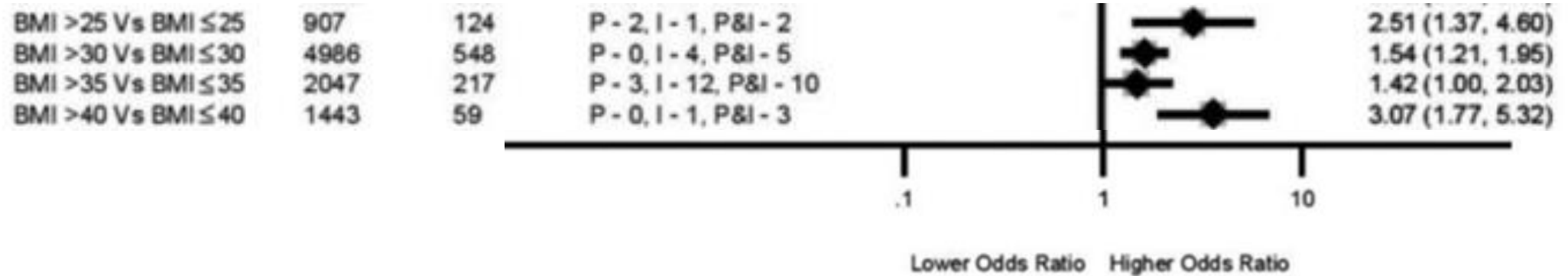
ISO nécessitant réintervention

Obésité : Facteur de risque de complications de la chirurgie pariétale ?

BJS Open, 2021, zraa071

Identifying predictors of ventral hernia recurrence: systematic review and meta-analysis

S. G. Parker^{1*}, S. Mallett², L. Quinn², C. P. J. Wood¹, R. W. Boulton¹, S. Jamshaid¹, M. Erotocritou¹, S. Gowda¹, W. Collier¹, A. A. O. Plumb⁴, A. C. J. Windsor¹, L. Archer⁵ and S. Halligan⁴



Obésité : Facteur de risque de complications de la chirurgie pariétale ?

BJS Open, 2021, zraa071

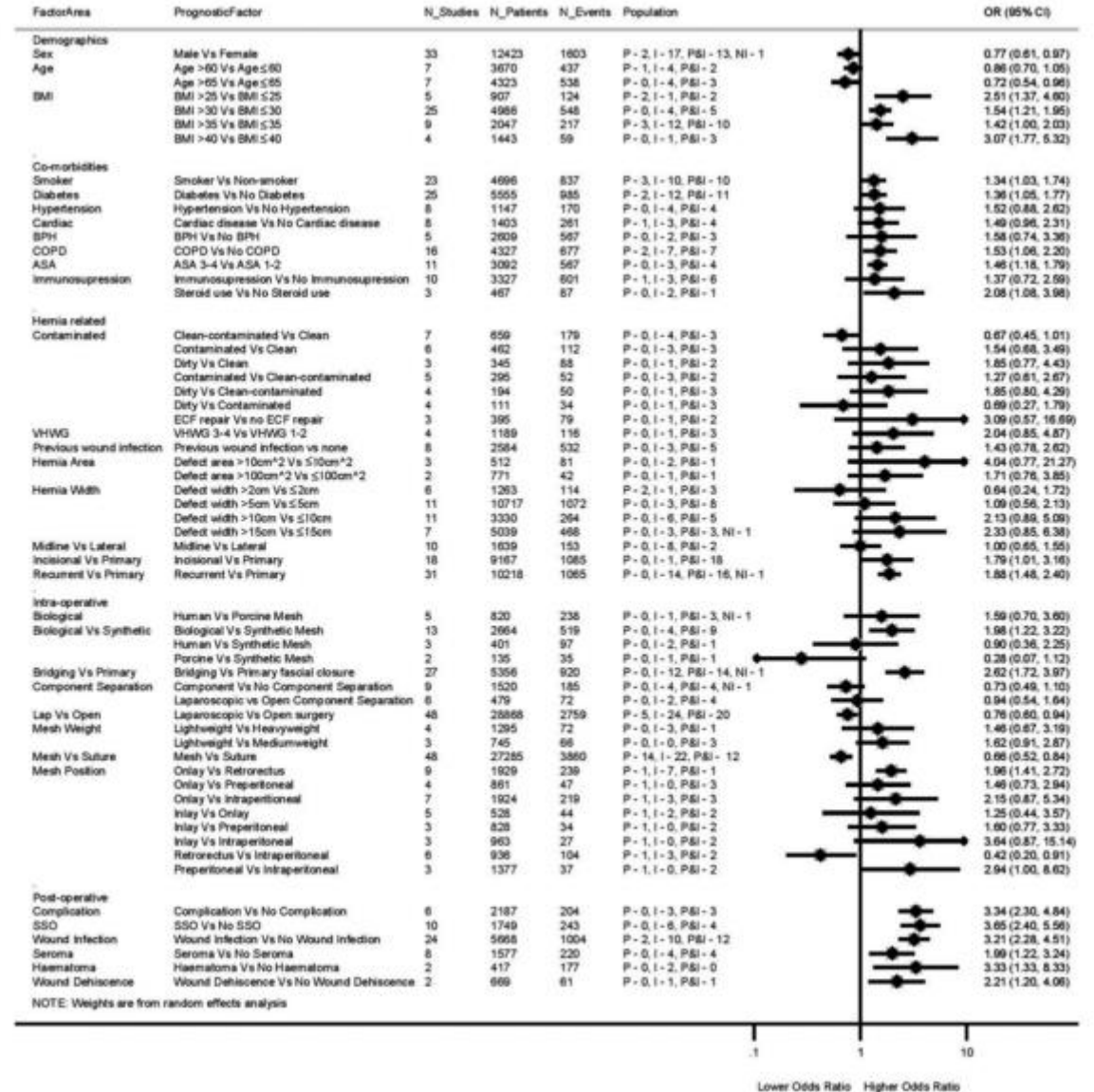
Identifying predictors of ventral hernia recurrence: systematic review and meta-analysis

S. G. Parker^{1*}, S. Mallett², L. Quinn², C. P. J. Wood¹, R. W. Boulton¹, S. Jamshaid¹, M. Erotocritou¹, S. Gowda¹, W. Collier¹, A. A. O. Plumb⁴, A. C. J. Windsor¹, L. Archer⁵ and S. Halligan⁴

Facteurs de risque de récurrence :

Pré-opératoire :

- Surpoids et obésité : OR global 2,2
- **Tabagisme** actif : OR 1,34
- **Diabète** : OR 1,36
- **BPCO** : OR 1,53
- **ASA 3-4** : OR 1,46
- Prise de **corticoïdes** : OR 2,08



Obésité : Facteur de risque de complications de la chirurgie pariétale ?

BJS Open, 2021, zraa071

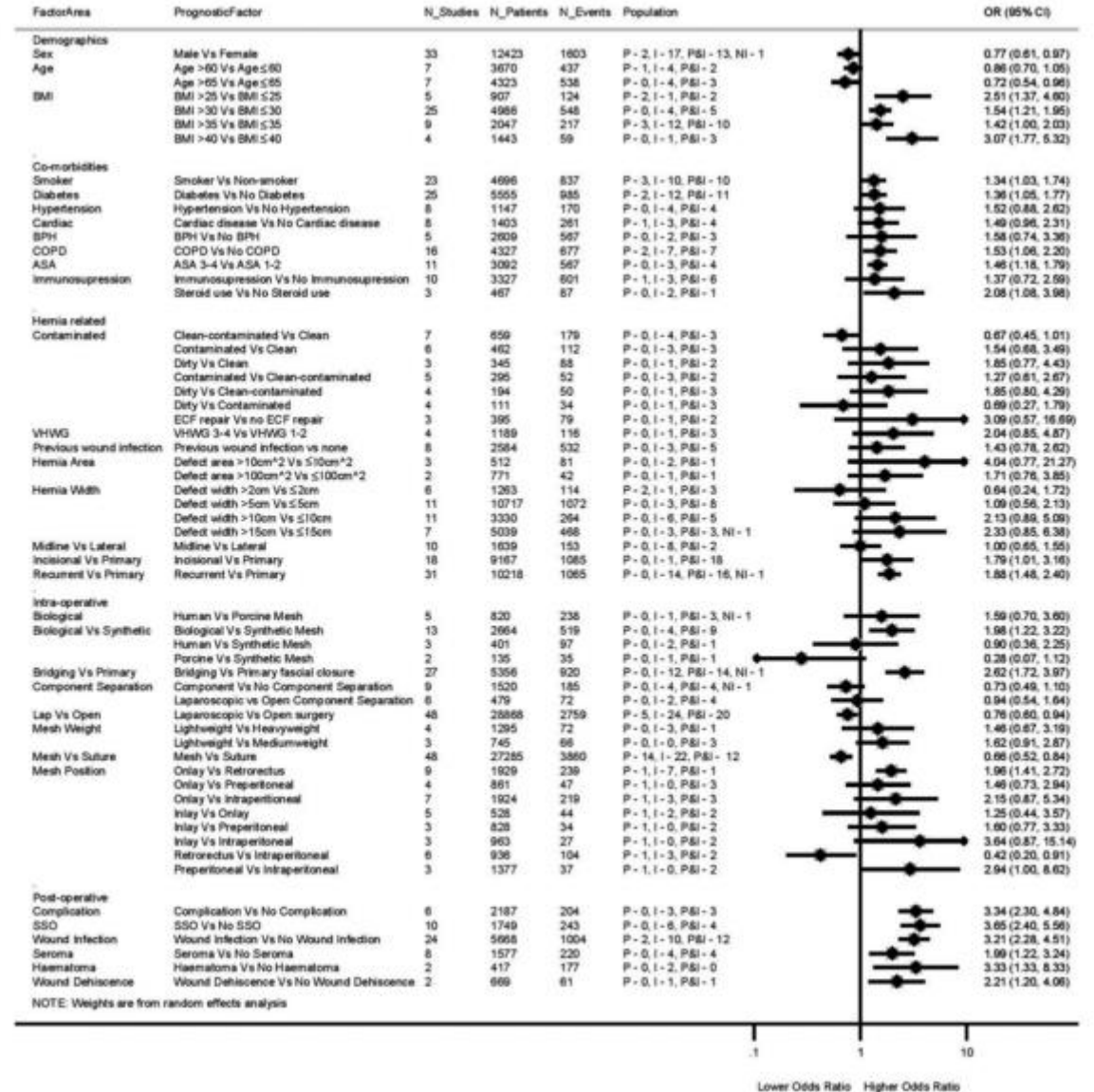
Identifying predictors of ventral hernia recurrence: systematic review and meta-analysis

S. G. Parker^{1*}, S. Mallett², L. Quinn², C. P. J. Wood¹, R. W. Boulton¹, S. Jamshaid¹, M. Erotocritou¹, S. Gowda¹, W. Collier¹, A. A. O. Plumb⁴, A. C. J. Windsor¹, L. Archer⁵ and S. Halligan⁴

Facteurs de risque de récurrence :

Liés au per-opératoire :

- Prothèse biologique : OR 1,98
- Bridging : OR 2,62
- Prothèse posée ailleurs qu'en rétromusculaire :
 - OR 1,96 en onlay
 - OR 0,42 en intra-abdominale



Obésité : Facteur de risque de complications de la chirurgie pariétale ?

BJS Open, 2021, zraa071

Identifying predictors of ventral hernia recurrence: systematic review and meta-analysis

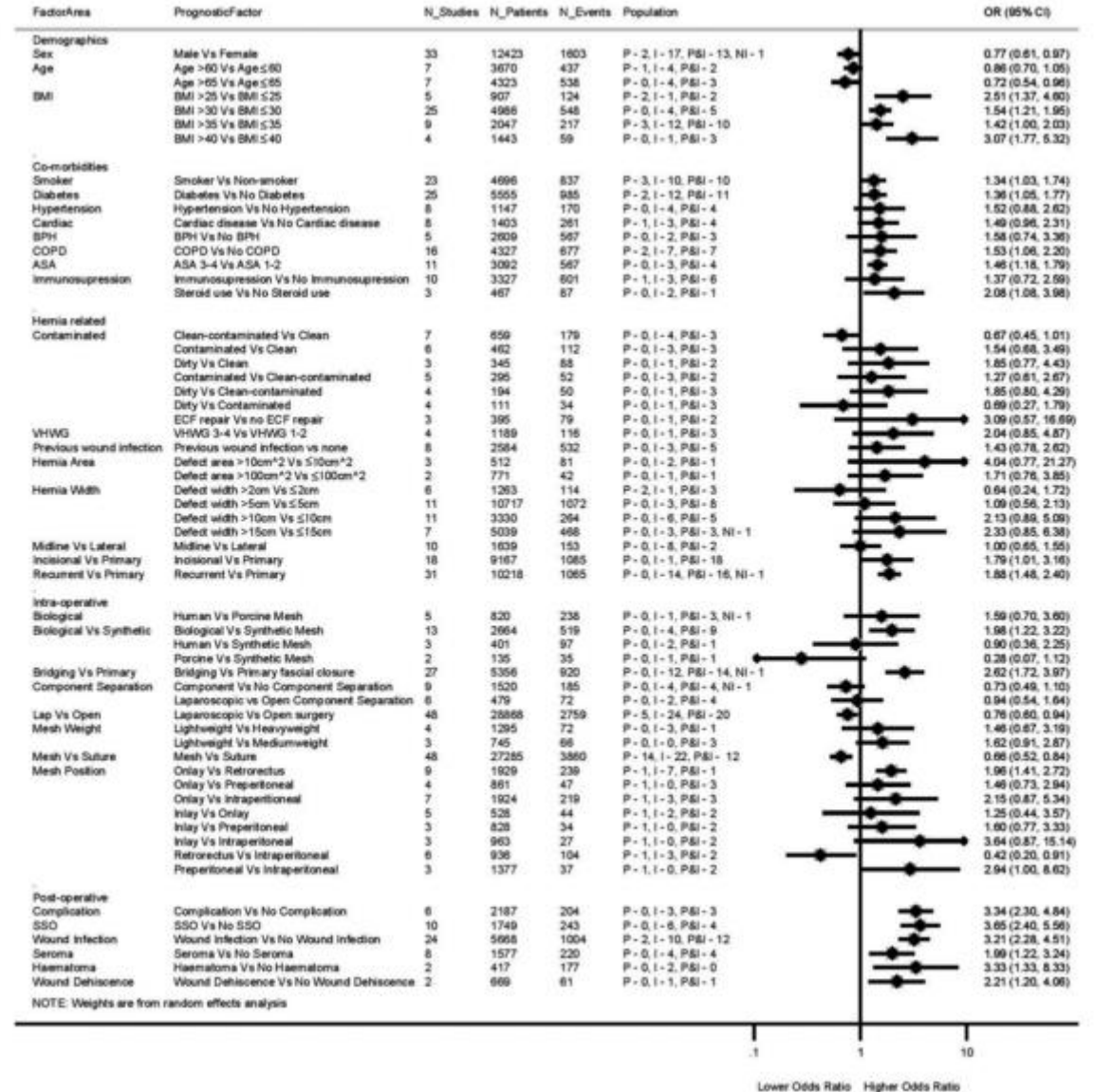
S. G. Parker^{1*}, S. Mallett², L. Quinn², C. P. J. Wood¹, R. W. Boulton¹, S. Jamshaid¹, M. Erotocritou¹, S. Gowda¹, W. Collier¹, A. A. O. Plumb⁴, A. C. J. Windsor¹, L. Archer⁵ and S. Halligan⁴

Facteurs de risque de récurrence :

Liés au post-opératoire :

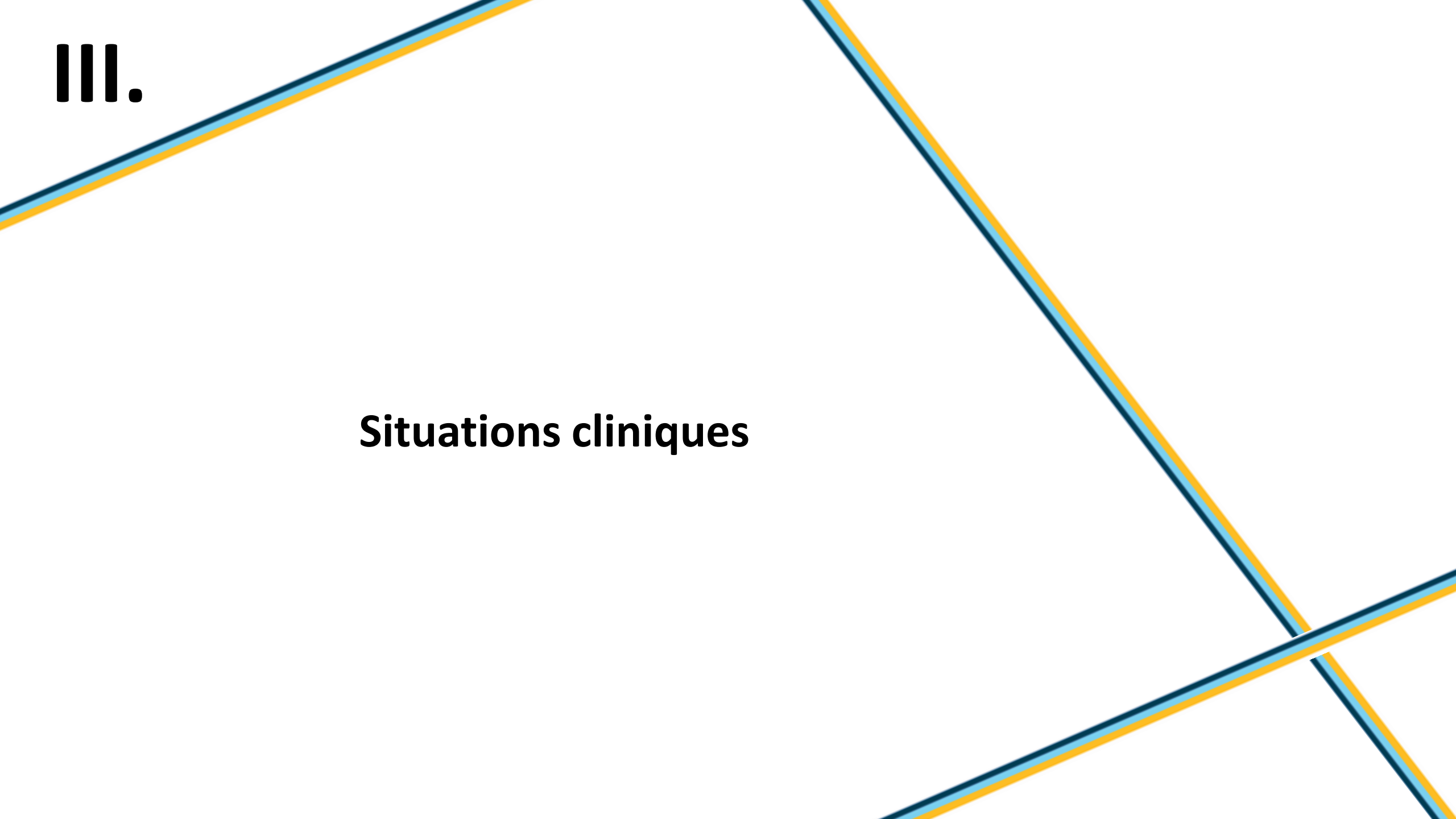
- **Complications** quelles qu'elles soient (OR 3,34) avec :

- ISO : OR 3,21
- Sérome : OR 1,99
- Hématome : OR 3,33
- Désunion de la cicatrice : OR 2,21



III.

Situations cliniques



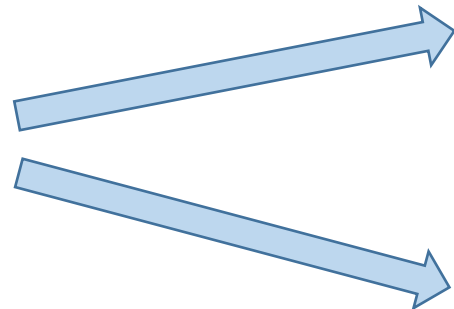
Situations cliniques

Éventration symptomatique...
... et/ou obésité non prioritaire



Chirurgie pariétale seule chez l'obèse

Obésité est un FdR pour
l'éventration à traiter ET la cure
d'éventration peut attendre



Traitement synchrone :
Bariatrique ET pariétale

Traitement dissocié :
Bariatrique PUIS pariétale

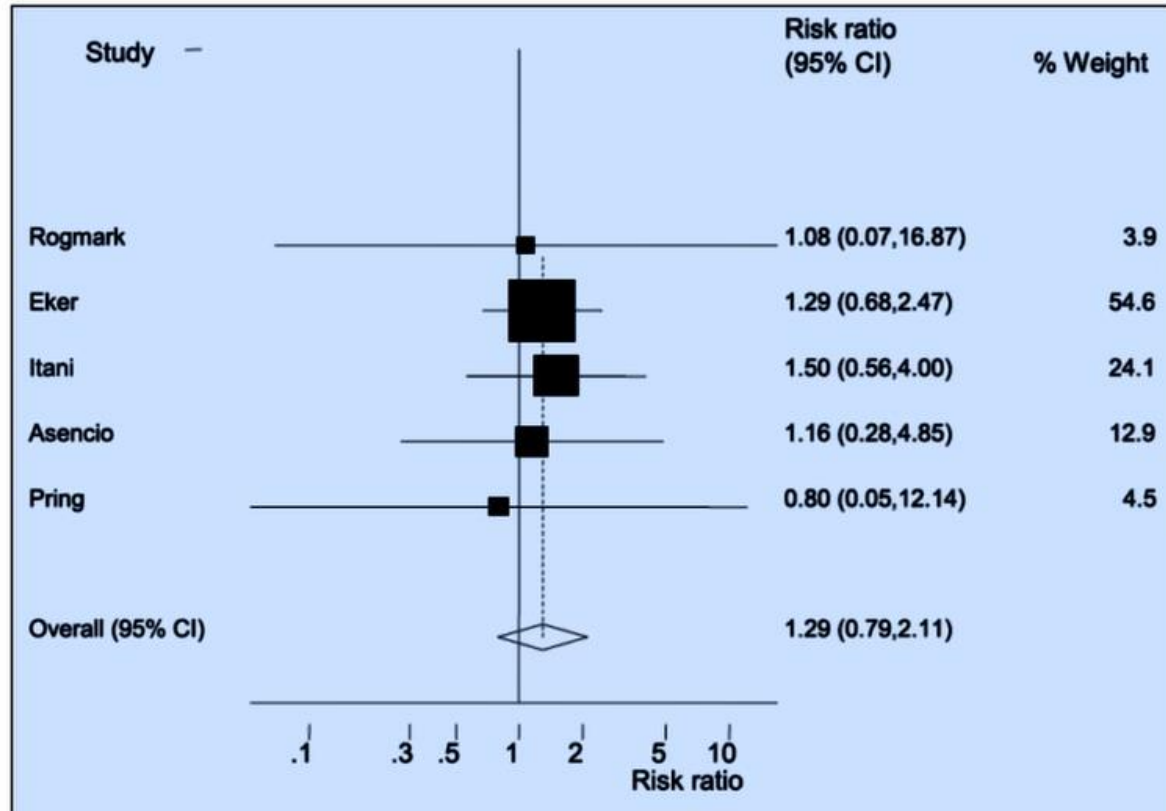
III.A

Situations cliniques

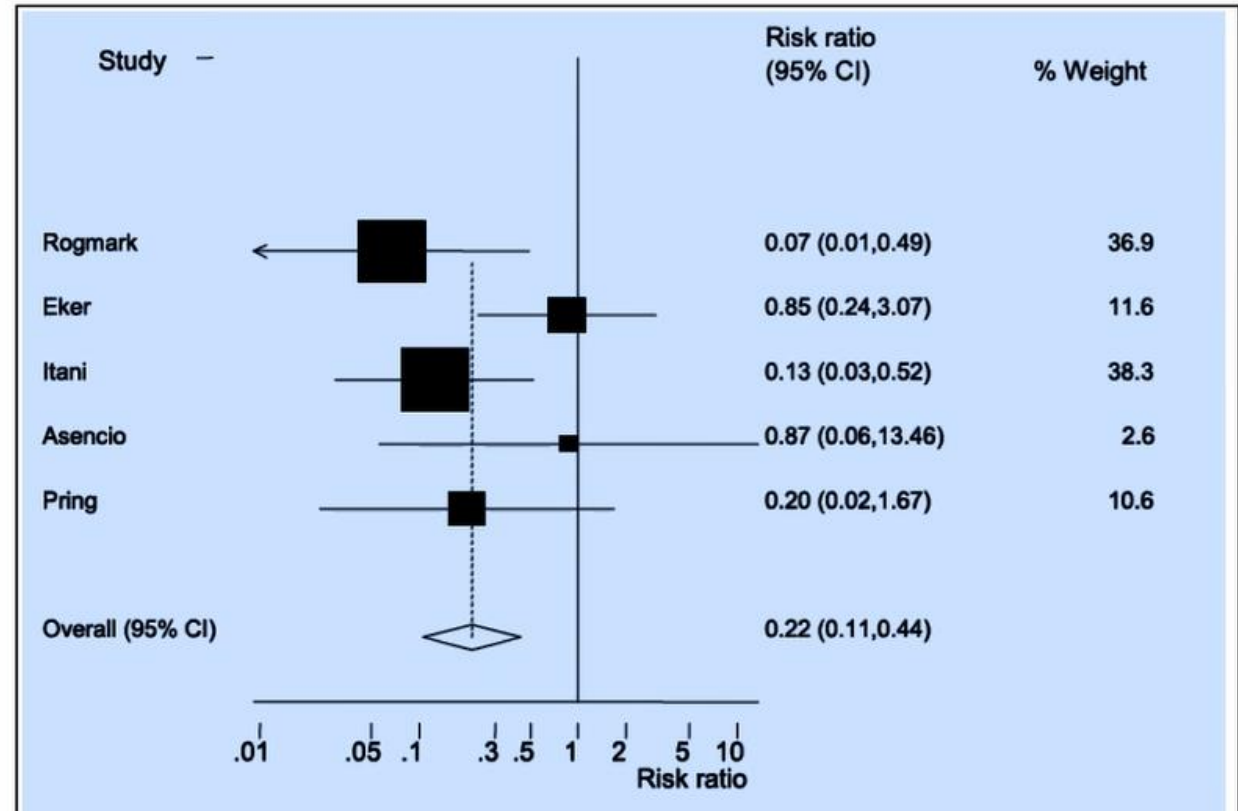
Chirurgie pariétale seule chez l'obèse

Chirurgie pariétale seule chez l'obèse

Original research
A systematic review of laparoscopic versus open abdominal incisional hernia repair, with meta-analysis of randomized controlled trials
 Hasanin Al Chalabi*, John Larkin, Brian Mehigan, Paul McCormick
GEMS Directorate, General & Colorectal Unit, St James Hospital, Dublin 8, Ireland



Forest plot showing recurrence rate



Forest plot showing infection rate

La coelioscopie : Oui mais... FERMER L'ORIFICE

RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Ann Surg 2019

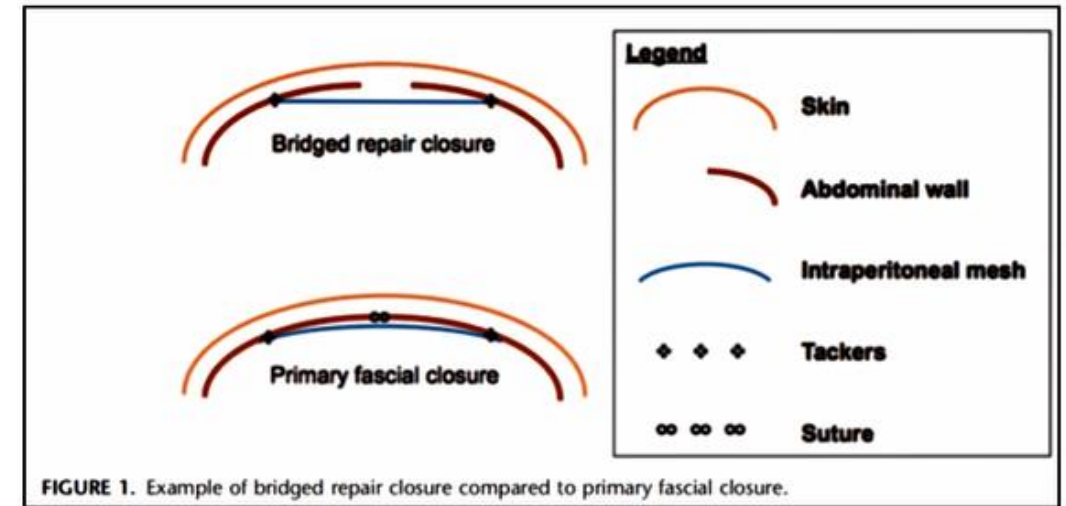
Primary Fascial Closure During Laparoscopic Ventral Hernia Repair Improves Patient Quality of Life

A Multicenter, Blinded Randomized Controlled Trial (NCT02363790)

Karla Bernardi, MD,*†✉ Oscar A. Olavarria, MD,*† Julie L. Holihan, MD, MS,*† Lillian S. Kao, MD, MS,*† Tien C. Ko, MD,* John S. Roth, MD,‡ Shawn Tsuda, MD,§ Khashayar Vaziri, MD,¶ and Mike K. Liang, MD*†

TABLE 2. Change in Quality of Life and Pain

Characteristics, N = 107	PFC, N = 54	Control, N = 53	P
QOL scores (mAAS)*			
Baseline	36.2 (30.6)	42.7 (31.6)	—
Follow-up†	77.5 (26.1)	72.4 (26.6)	0.194
Change	41.3 (31.5)	29.7 (28.7)	0.047
Factor change	2.1X	1.7X	0.781
Chronic pain			
Baseline chronic pain	36 (66.7%)	28 (52.8%)	—
Follow-up chronic pain†	10 (18.5%)	9 (17.0%)	1.000
Change	26 (48.2%)	19 (35.8%)	0.786
Pain scale score (VAS)‡			
Baseline	6.4 (2.8)	5.5 (3.2)	—
Follow-up†	3.4 (3.1)	2.5 (2.0)	0.249
Change	3.0 (4.0)	2.9 (3.7)	0.739



La coelioscopie : Oui mais... RESEQUER LE SAC

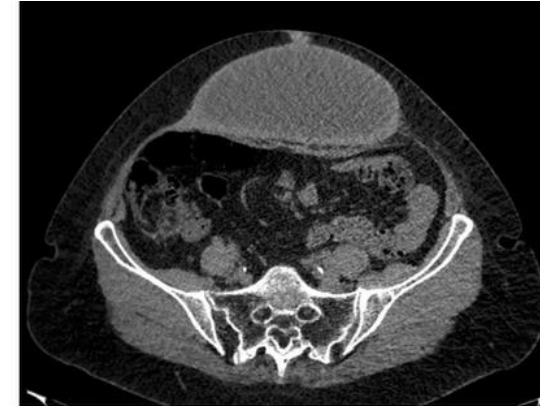
Hernia (2018) 22:1015–1022

ORIGINAL ARTICLE



Laparoscopic versus hybrid approach for treatment of incisional ventral hernia: a prospective randomized multicenter study of 1-month follow-up results

M. Ahonen-Siirtola¹ · T. Nevala² · J. Vironen³ · J. Kössi⁴ · T. Pinta⁵ · S. Niemeläinen⁶ · U. Keränen³ · J. Ward⁴ · P. Vento⁷ · J. Karvonen⁸ · P. Ohtonen¹ · J. Mäkelä¹ · T. Rautio¹



	Laparoscopic group, <i>n</i> = 94	Hybrid group, <i>n</i> = 86	<i>p</i> value
Symptoms, <i>n</i> (%)			
None	47 (50)	52 (60.5)	0.18
Movement restrictions	39 (42.4)	29 (34.1)	0.28
Pain	32 (34.4)	25 (29.8)	0.52
VAS, mean (SD)	2.19 (SD 1.84)	2.22 (SD 1.51)	>0.9
Clinical findings, <i>n</i> (%)			
Wound infection	1 (1.1)	1 (1.2)	>0.9
Seroma	46 (48.9)	27 (31.4)	0.022
Radiological findings			
Seroma	63 (67)	39 (45.3)	0.004
Seroma puncture	6 (6.4)	0	0.017
Seroma size, cm ³ , median (25th–75th) [min–max]	162 (30–388) [2–8495]	50 (13–145) [0.1–670]	0.025

La solution : une technique hybride : IPOM+

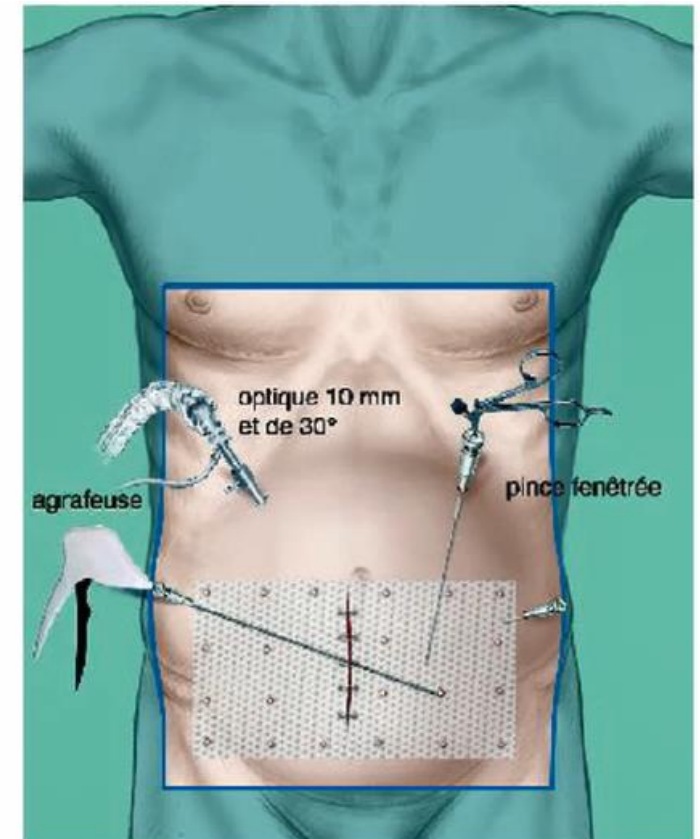
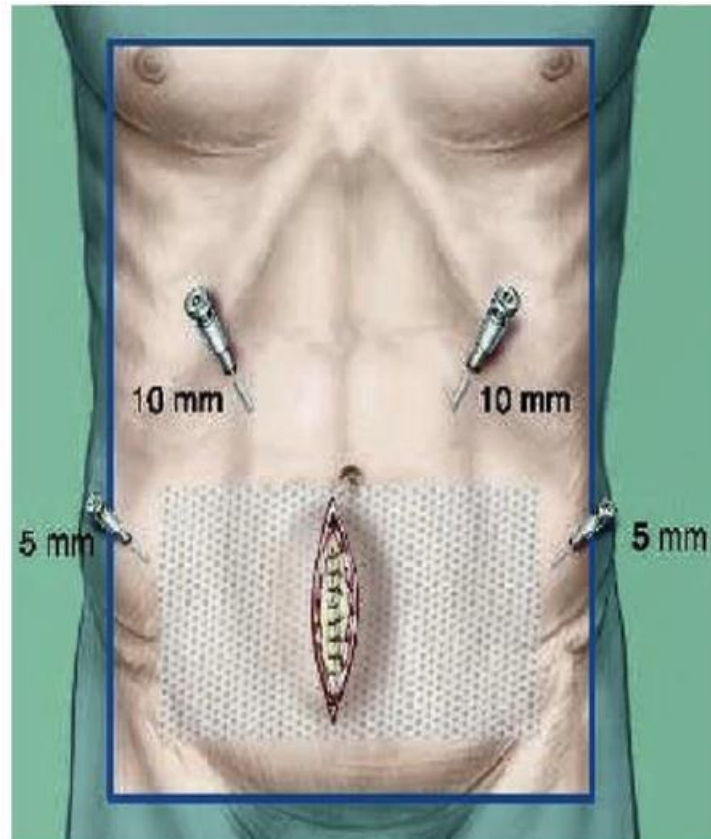
Hernia
<https://doi.org/10.1007/s10029-018-1784-2>

ORIGINAL ARTICLE



Laparoscopic versus hybrid approach for treatment of incisional ventral hernia: a prospective randomized multicenter study of 1-month follow-up results

M. Ahonen-Siirtola¹ · T. Nevala² · J. Vironen³ · J. Kössi⁴ · T. Pinta⁵ · S. Niemeläinen⁶ · U. Keränen³ · J. Ward⁴ · P. Vento⁷ · J. Karvonen⁸ · P. Ohtonen¹ · J. Mäkelä¹ · T. Rautio¹



III.B

Situations cliniques

Meilleure situation : Perte de poids possible avant la chirurgie pariétale

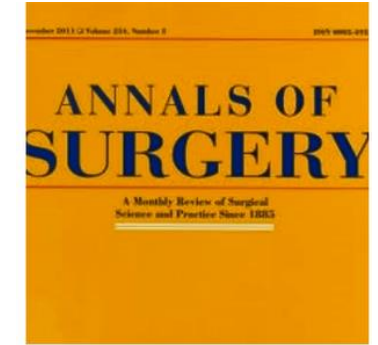
Perte de poids possible avant la chirurgie

REVIEW PAPER

(*Ann Surg* 2017;265:80–89)

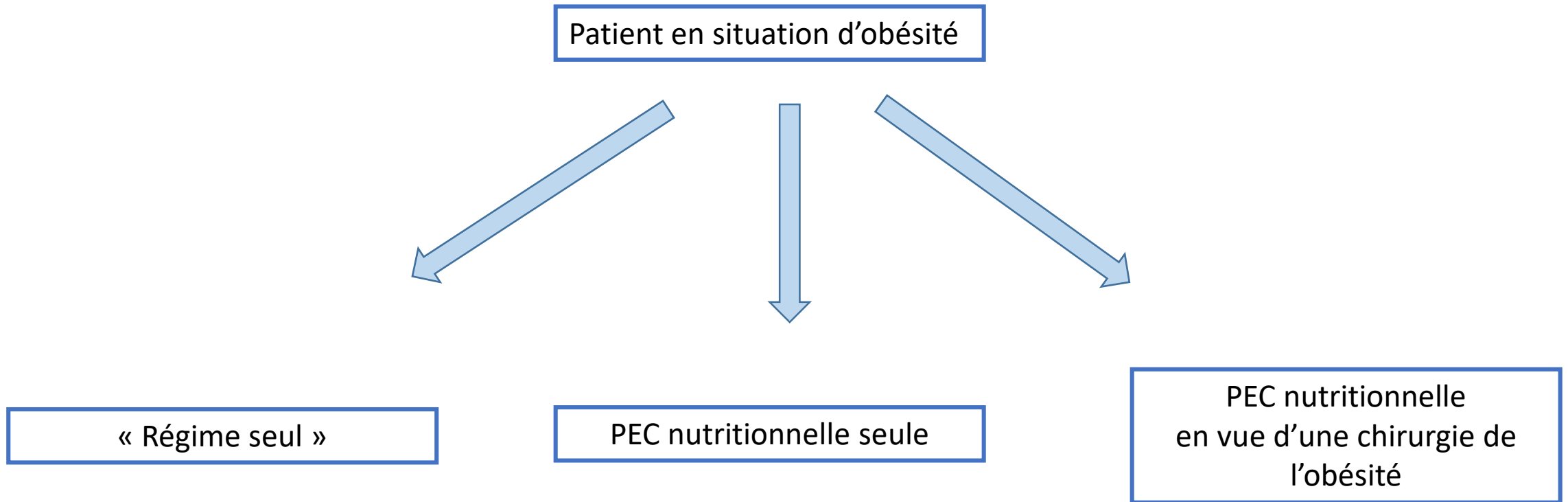
Ventral Hernia Management

Expert Consensus Guided by Systematic Review



Results: Experts agreed that complications with VH repair (VHR) increase in obese patients (grade A), current smokers (grade A), and patients with glycosylated hemoglobin (HbA1C) $\geq 6.5\%$ (grade B). Elective VHR was not recommended for patients with BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ (grade C), current smokers (grade A), or patients with HbA1C $\geq 8.0\%$ (grade B). Patients with BMI = 30–50 kg/m^2 or HbA1C = 6.5–8.0% require individualized interventions to reduce surgical risk (grade C, grade B). Nonoperative management

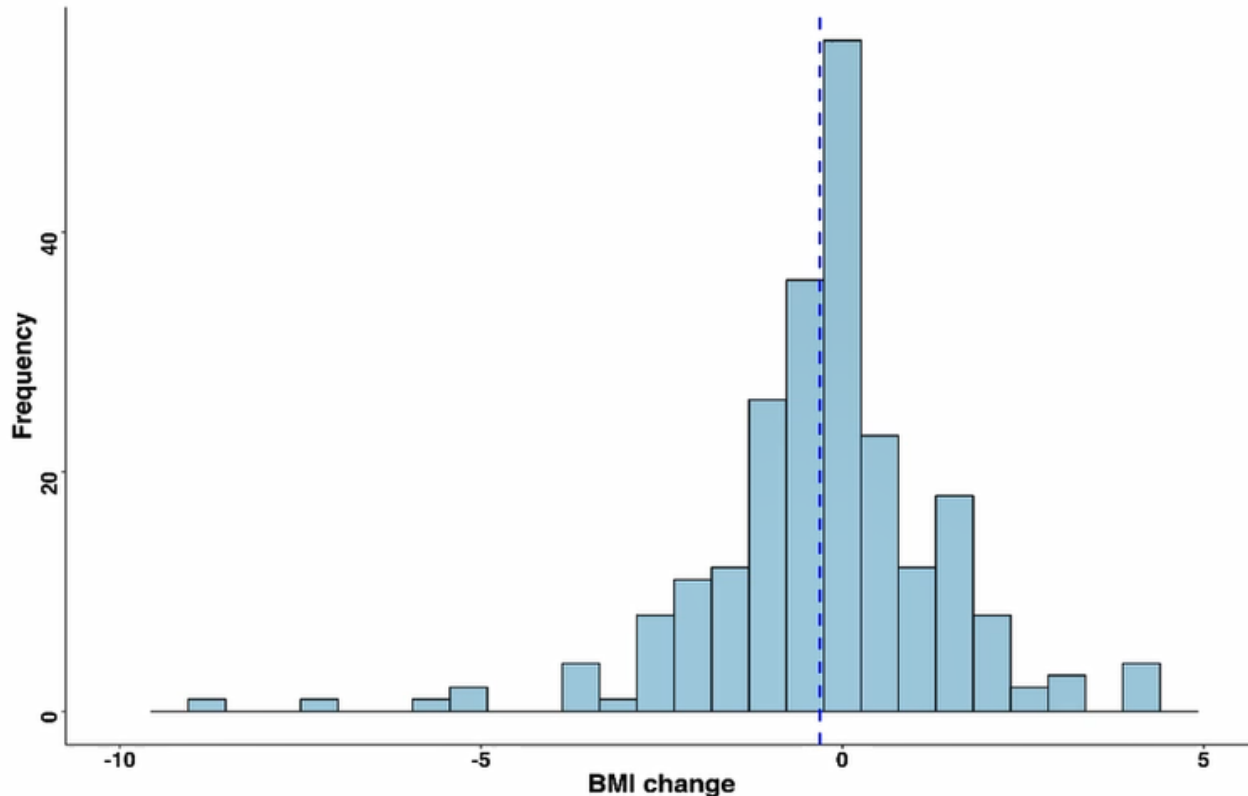
Perte de poids : En pratique



Perte de poids : Patient seul

Exhortation to lose weight prior to complex ventral hernia repair:
Nudge or noodge? [The American Journal of Surgery 219 \(2020\) 136–139](#)

Paddy Ssentongo^{a, c}, Colin G. DeLong^b, Anna E. Ssentongo^{b, c}, Eric M. Pauli^b,
David I. Soybel^{b, *}



- Etude rétrospective de 230 cures d'événtration complexes
- IMC= 36,4 ± 5,9
- « il faudrait maigrir »
- Après 95 jours préopératoires:
 - **23% perte ≥ 1 kg/m²**
 - **58% stables**
 - **19% gain ≥ 1 kg/m²**

→ Inutile dans 80% des cas

Perte de poids : Préhabilitation seule

ASA-RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

(Ann Surg 2018;268:674–680)

Modifying Risks in Ventral Hernia Patients With Prehabilitation

A Randomized Controlled Trial

Mike K. Liang, MD,*† Karla Bernardi, MD,*† Julie L. Holihan, MD, MS,*† Deepa V. Cherla, MD,*†
Richard Escamilla, BS,* Debbie F. Lew, BS, MPH,* David H. Berger, MD,‡
Tien C. Ko, MD,* and Lillian S. Kao, MD, MS*†

TABLE 2. Baseline Information

Characteristic	Total N = 118	Prehabilitation N = 59	Standard Counseling N = 59
Age*	49.5 (±10.1)	49.9 (± 10.5)	48.9 (± 10.0)
Sex: Female	83 (70.3%)	41 (69.5%)	42 (72.9%)
Race/ethnicity			
White	8 (6.8%)	4 (6.8%)	4 (6.8%)
African-American	13 (11.0%)	5 (8.5%)	8 (13.6%)
Hispanic	95 (80.5%)	49 (83.1%)	46 (78.0%)
Other	2 (1.7%)	1 (1.7%)	1 (1.7%)
Initial weight*	209.1 (± 28.9)	209.1 (± 26.3)	209.5 (± 31.6)
BMI*	36.8 (± 2.6)	37.0 (± 2.6)	36.7 (± 2.6)
Comorbidities			
Active smoker†	7 (5.9%)	4 (6.8%)	3 (5.1%)
COPD	7 (5.9%)	4 (6.8%)	3 (5.1%)
Immunosuppressed	4 (3.4%)	1 (1.7%)	3 (5.1%)
DM	37 (31.4%)	19 (32.2%)	18 (30.5%)
HgbA1C > 6.5* >6.5	26 (22.0%)	14 (23.7%)	12 (20.3%)
ASA class			
1–2	74 (62.7%)	35 (59.3%)	39 (66.1%)
3–4	44 (37.3%)	24 (40.7%)	20 (33.9%)
Prior abdominal surgery†	1 (1.3)	1 (1.2)	2 (1.3)
Prior VH	30 (25.4%)	19 (32.2%)	11 (18.6%)
Prior mesh	17 (14.4%)	11 (18.6%)	6 (10.2%)
Prior SSI			
Yes	11 (12.8%)	5 (12.8%)	6 (11.3%)
Unknown	14 (16.3%)	12 (30.8%)	2 (3.8%)
Hernia type			
Primary	22 (18.6%)	8 (13.6%)	14 (23.7%)
Secondary	96 (81.4%)	51 (86.4%)	45 (76.2%)
Hernia area*	38.2 (± 63.6)	37.0 (± 51.4)	40.5 (± 74.2)

TABLE 1. Components of Therapy in the Different Treatment Groups

Prehabilitation*	Standard Counseling
Multidisciplinary consultation:	A standardized script describing:
Nutritionist	Risks of obesity
Physical therapist	Risks of surgery
Hernia navigator	Weight loss goals
Weekly group meetings	Basic weight loss
Daily goals check-list:	Conditioning recommendations
Servings of fruits	Answers to commonly asked questions:
Servings of vegetables	Monthly assessment
Exercise	
Peer support system	
Support calls and text messages	
Monthly assessments	

Perte de poids : Préhabilitation seule

TABLE 5. Outcomes

Characteristics	Prehabilitation (N = 59)	Standard Counseling (N = 59)	P
Secondary outcomes			
Dropped out	3 (5.1%)	1 (1.7%)	0.619
Emergent repair	4 (6.8%)	0 (0%)	N/A [‡]
Gained weight	9 (16.7%)	14 (24.1%)	0.359
Met weight goal [†]	12 (22.2%)	6 (10.3%)	0.122
Lost weight [†]	45 (83.3%)	44 (75.9%)	0.359
Total weight loss, lbs*	6.0 (± 9.4)	4.3 (± 8.3)	0.309
Underwent VHR [†]	44 (81.5%)	34 (58.6%)	0.013
Wound complication	3 (6.8%)	6 (17.6%)	0.167
Primary outcome			
Hernia- and complication-free	41 (69.5%)	28 (47.5%)	0.015
Total weight loss, lbs	6.0 (± 9.4)	4.3 (± 8.3)	0.308

TABLE 6. Surgical Outcomes in Patients Who Met Their Preoperative Weight Loss Goals and Those Who Did Not (and Underwent Elective Ventral Hernia Repair)

	Met Weight Loss Goal (≥7% TBW)	Weight Loss but Did Not Meet Goal (<7% TBW)	P
Prehabilitation	12/45 (27.3%)	32/45 (72.7%)	—
Standard counseling	6/44 (17.6%)	28/44 (82.4%)	—
Wound complications	1/18 (5.6%)	8/60 (13.3%)	0.365

Preoperative weight loss goal = 7% TBW or more.

- ➔ Préhabilitation : Plus d'accès à la chirurgie pariétale, moins de morbidité...
MAIS seulement 30% de PPT > 7% et risque d'occlusion dans l'intervalle (7% vs 0)

Perte de poids : Préhabilitation puis chirurgie bariatrique




SURGERY FOR OBESITY
AND RELATED DISEASES

Surgery for Obesity and Related Diseases 15 (2019) 83–90

Original article

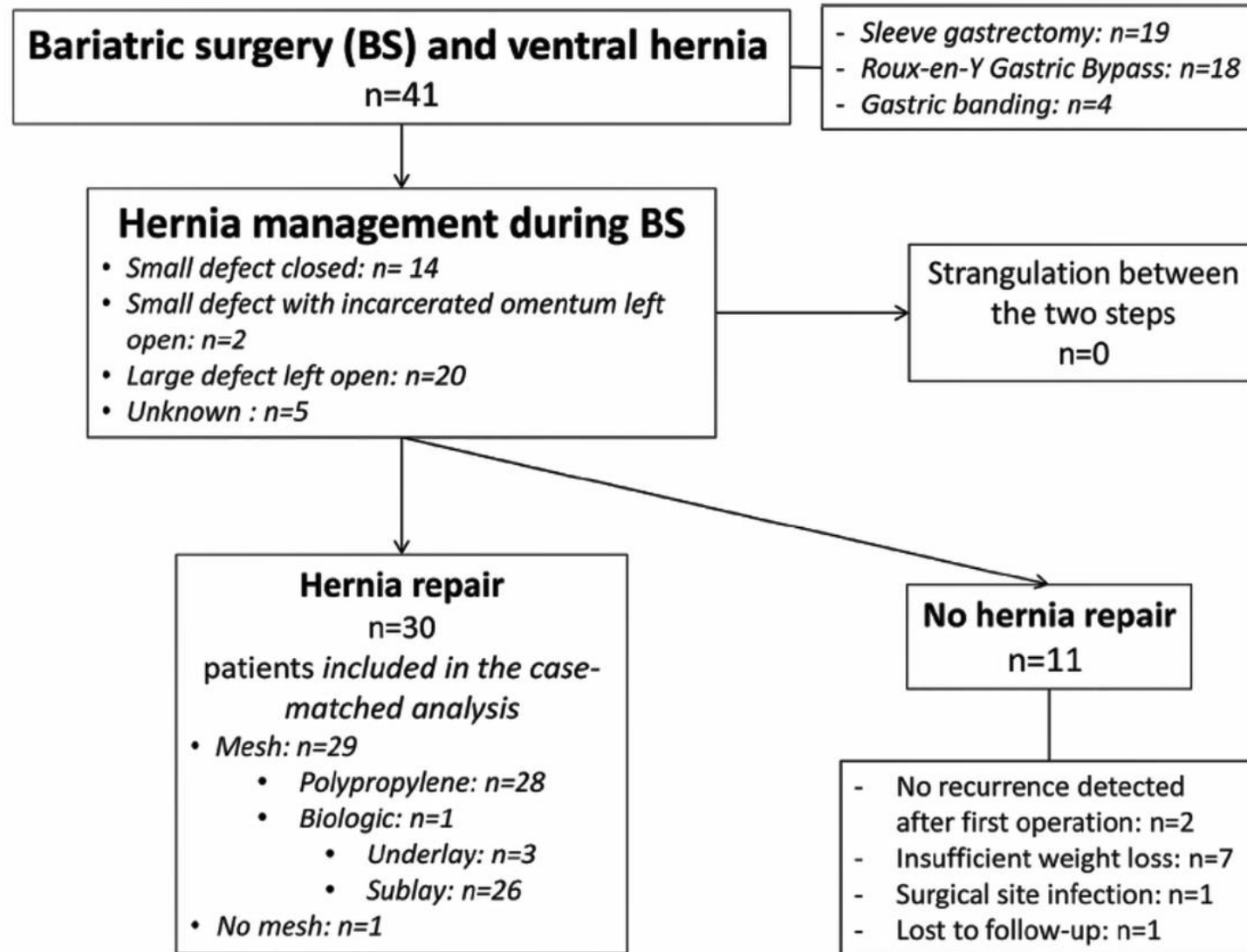
Ventral hernia surgery in morbidly obese patients, immediate or after bariatric surgery preparation: Results of a case-matched study

Marie-Maëlle Chandeze, M.D.^a, David Moszkowicz, M.D., Ph.D.^{a,b,*}, Alain Beauchet, M.D.^c,
Karina Vychnevskaia, M.D.^a, Frédérique Peschaud, M.D., Ph.D.^{a,b},
Jean-Luc Bouillot, M.D., Ph.D.^{a,b}

Table 1
Patient characteristics.

Characteristic	BS (n = 30 [%])	Control (n = 60 [%])	P value
Male sex	7 (23)	16 (28)	.83
Age at hernia repair, yr	50 ± 10	58 ± 11	<.0001
Hernia size			
<7 cm	12 (46)	15 (32)	.34
≥7 cm	14 (54)	32 (68)	
ASA score			
1, 2	23 (77)	35 (70)	.70
3, 4	7 (23)	15 (30)	
Smoker	5/28 (18)	10/53 (18)	.82
COPD	3 (10)	3 (5)	.40
Initial obesity grade			
35–40	7 (24)	25 (42)	.17
≥40	22 (76)	35 (58)	
Initial BMI, kg/m ²	46.7 ± 6.4	42.4 ± 7.2	<.0001
BMI at hernia repair, kg/m ²	34.1 ± 6.5	42.4 ± 7.2	<.0001
Previous hernia surgery	18 (60)	29 (48)	.41

Perte de poids : Préhabilitation puis chirurgie bariatrique



Perte de poids : Préhabilitation puis chirurgie bariatrique

Outcomes after hernia repair.

Outcome	BS (N=30)n (%)	Control (N=60)n (%)	P value
Recurrence	2/30 (6.7)	12/50 (24)	.048
Percentage weight loss	28 ± 11	13 ± 12	.0008
Postoperative morbidity	11/30 (37)	23/54 (44)	.45
Wound abscess	2 (7)	2 (3)	
Wound hematoma	3 (10)	1 (2)	
Seroma	2 (7)	3 (5)	
Chronic sepsis	2 (7)	1 (2)	
Small bowel occlusion	0	3 (5)	
Chronic pain	1 (3)	2 (3)	
Respiratory complication	1(3)	6 (10)	
Other medical complication	0	5 (8)	
Reoperation for recurrence or complication	4/30 (14)	10/54 (17)	.76
Hospital stay, d	6.2 ± 2.6	10.7 ± 9.3	.002

IV.

Chirurgie bariatrique et pariétale en pratique

Chirurgie bariatrique en pratique

- Privilégier la **Sleeve** : évite la viscérolyse



Chirurgie bariatrique en pratique

- Privilégier la Sleeve : évite la viscérolyse
- Négliger les collets > 4 cm

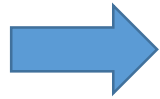


Chirurgie bariatrique en pratique

- Privilégier la Sleeve : évite la viscérolyse
- Négliger les collets > 4 cm
- **Collets < 4 cm (risque d'étranglement) :**
 - Si sac vide et de petite taille : Fermer l'orifice
 - Si intestin engoué : Libération de l'intestin et fermer l'orifice
 - Si épiploon engoué : Ne pas faire de geste pour éviter que du grêle prenne sa place



Chirurgie pariétale : Quand la proposer ?



Dans le même temps que la chirurgie bariatrique ?

Obesity Surgery (2018) 28:2949–2955
<https://doi.org/10.1007/s11695-018-3366-x>

REVIEW

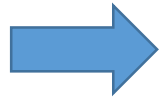
Concomitant Ventral Hernia Repair and Bariatric Surgery: a Systematic Review

Andrea Lazzati^{1,2} • Georges Bou Nassif¹ • Luca Paolino¹

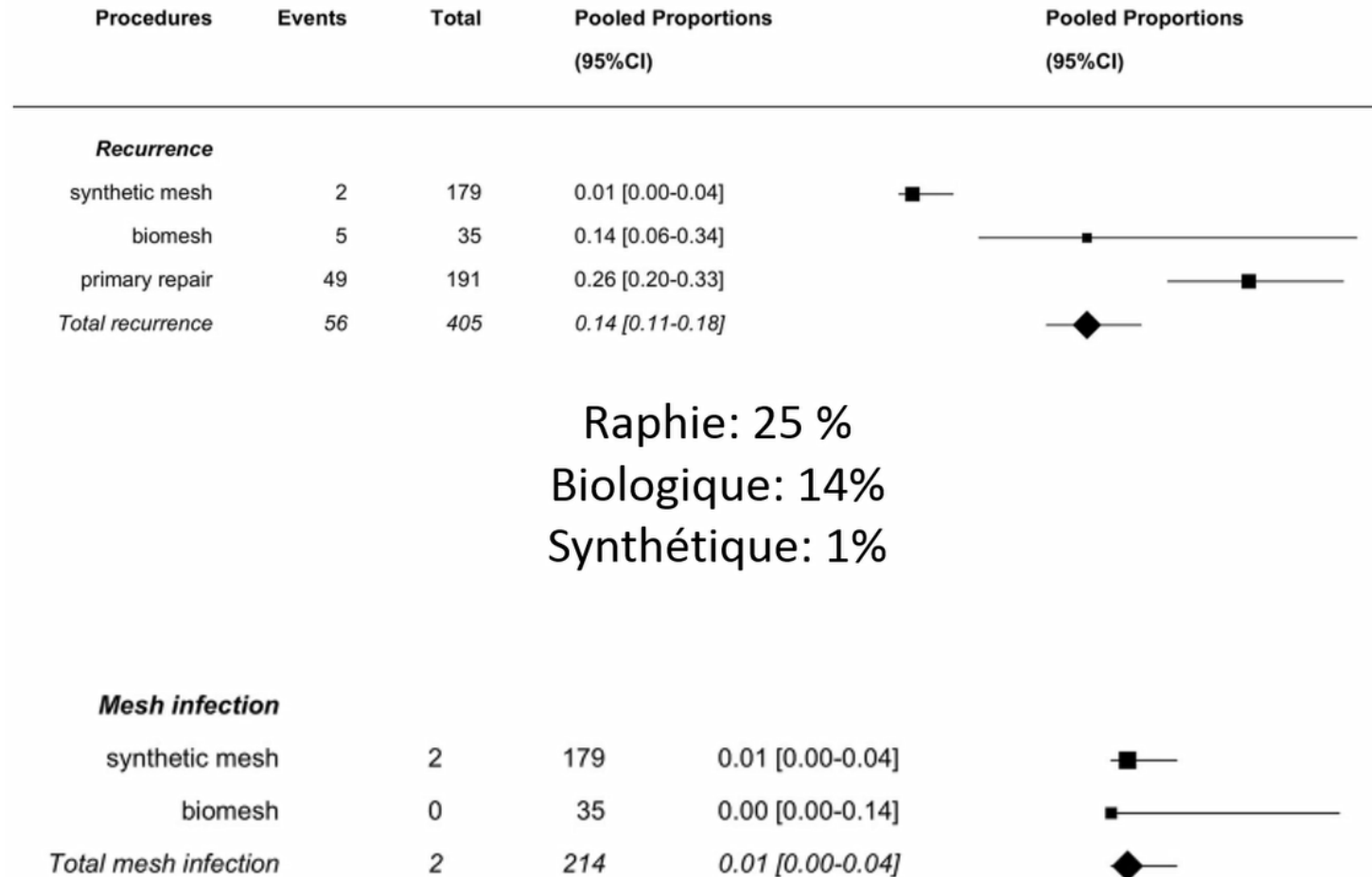
Table 2 Surgical details of included studies

Auteur	N	Bariatric technique	VHR technique	Defect size
Eid (2004)	71	LRYGB	Open primary repair (59)	7.74 cm ² (2–16)
		LRYGB	Lap biological mesh (12)	17.7 cm ² (9–50)
Bonatti	6	LAGB (2) OAGB (4)	Open primary repair (4)	< 7.1 cm ²
Schuster	12	ORYGB (1)	Open primary repair (1)	14.7 cm ² ± 13.4
		LRYGB (10) ORYGB (1)	Lap synthetic mesh (11)	14.7 cm ² ± 13.4
Datta	18	ORYGB (8)	Lap primary repair (8)	< 3 cm ²
		LRYGB (10)	Lap synthetic mesh (10)	
Newcomb	7	RYGB	Primary repair (4)	NR
			Biological mesh (3)	
Praveenraj (2012)	36	LRYGB (11) LSG (25)	Lap synthetic mesh (36)	NR
Chan	45	LRYGB (20)	Lap synthetic mesh (45)	NR
		LSG (16)		
		LAGB (9)		
Eid (2013)	20	LRYGB (20)	Lap biological mesh (20)	< 50 cm ²
Raziel	54	LRYGB (4)	Lap synthetic mesh (54)	NR
		LSG (48)		
		LAGB (2)		
Praveenraj (2016)	23	LRYGB (1) LSG (22)	Lap synthetic mesh (23)	15.8 cm ²
Sharma	159	LRYGB (105)	Primary repair (open = 9, lap = 106)	7.1 cm ² (3.1–12.6)
		LSG (50)		
		LAGB (4)		
		Synthetic mesh (7) Biological mesh (37)	12.6 cm ² (12.6–30.6)	

Chirurgie pariétale : Quand la proposer ?

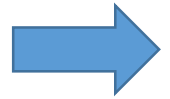


Dans le même temps que la chirurgie bariatrique ?



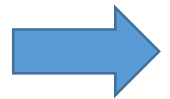
Raphie: 25 %
Biologique: 14%
Synthétique: 1%

Chirurgie pariétale : Quand la proposer ?



Dans le même temps que la chirurgie bariatrique ?

- Fermer une petite hernie ombilicale ou petite éventration si elle est vide ou si elle contient du grêle
- Ne pas toucher une grande éventration : Risque de délabrer la paroi inutilement
- Pose de prothèse possible mais peu évaluée (biosynthétique? Biologique?)

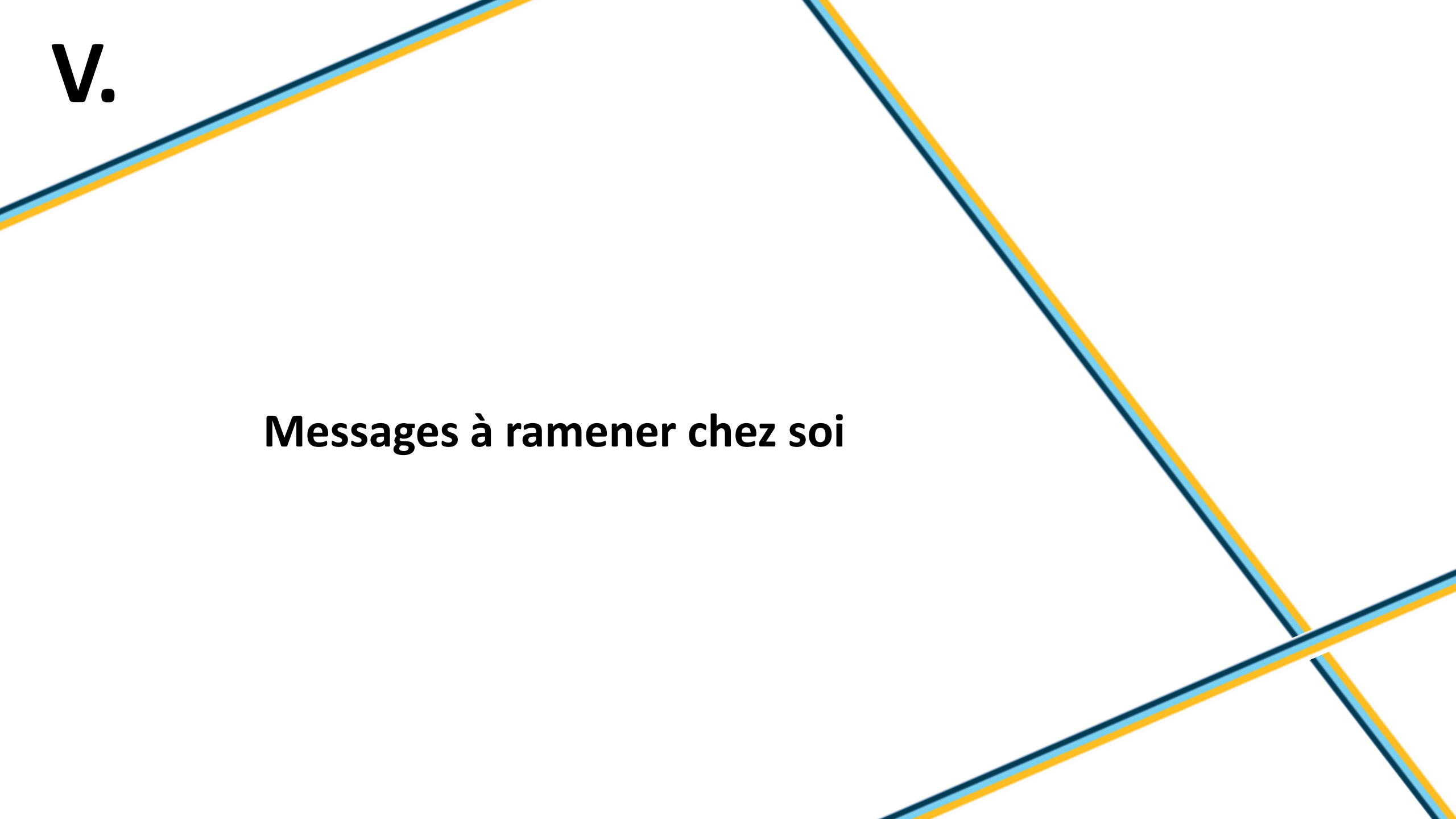


Chirurgie pariétale différée : Eventration > 4 cm

- Attendre au moins 6 mois – 1 an après la chirurgie bariatrique
- Sur quels critères? IMC < 40kg/m² ou PPT > 7%

V.

Messages à ramener chez soi



Messages à retenir

- Si HO ou éventration médiane < 4cm : Chirurgie pariétale en même temps que la chirurgie bariatrique à discuter mais non recommandée
- Si grande éventration : Ne jamais se presser
- Si chirurgie pariétale seule : Voie hybride IPOM+
- Faire perdre du poids avec PEC active et parfois avec chirurgie bariatrique car l'éventration est une comorbidité faisant entrer le patient dans les critères HAS
- Attention au contenu pendant le geste bariatrique
- Informer du risque d'occlusion dans l'intervalle

A vos agendas

4^{ÈME} JOURNÉE TERRITORIALE DE LA FILIÈRE OBÉSITÉ (JTO)

du Centre Spécialisé de l'Obésité
Caen Normandie (CSO Caen Normandie)

Vendredi 14 novembre 2025

> 8 h 45 à 17 h

Conférences au Musée
des Beaux-Arts
Château de Caen

Eventration et obésité : Liens et prise en charge

Hugo MEUNIER, CHU de Caen

Pour les professionnel(le)s de santé impliqué(e)s dans la prise en charge
de l'obésité dans les territoires de santé Manche-Orne-Calvados



La certification qualité A-ME
s'applique au titre de la catégorie
d'actions suivantes :
ACTIONS DE FORMATIONS