



Protéger au-delà

La chirurgie cardiovasculaire
et plus encore

Les complications chirurgicales sont un événement imprévu qui met au défi de multiples cliniciens avec des conséquences qui ont des « répercussions » à travers tous les milieux de soins.

Ces répercussions entraînent inévitablement d'autres perturbations, ce qui a une incidence sur la qualité et le coût des soins. Dans le contexte actuel d'incertitude concernant les milieux de soins de santé, la protection contre les complications est devenue une priorité absolue.

« L'effet de répercussion » des complications chirurgicales encourage souvent les cliniciens à privilégier les soins à faible contact, y compris les solutions qui favorisent :

- Les complications minimales
- Le rétablissement à la maison
- Les consultations de télémedecine
- La portabilité de soins
- Les séjours à l'hôpital minimaux
- Un faible taux de réadmissions
- L'efficacité et la rentabilité



Contribuez à protéger les patients à risque de développer des complications postopératoires

Infections du site opératoire (ISO)



Coûtent au système de santé jusqu'à

Jusqu'à 65 000 patients chaque année¹



Les ISO augmentent la durée moyenne d'hospitalisation par 11 jours¹



des infections nosocomiales sont des ISO²



5 fois plus susceptibles d'être réadmis¹

Complications en chirurgie cardiovasculaire



Le taux d'ISO allant jusqu'à 16 % suite à une chirurgie cardiaque⁵



47 384* une augmentation du coût moyen des hospitalisations pour chirurgie cardiovasculaire avec ISO⁶



Le taux d'ISO allant jusqu'à 30 % suite aux incisions inguinales vasculaires⁷⁻¹¹

15 123 \$^{*5}

Le coût différentiel moyen pour traiter les complications du site opératoire suite à une chirurgie vasculaire ouverte des membres inférieurs¹²

Comment le Traitement Prevena^{MC} 3M^{MC} peut aider

Indications

Le Système de gestion des incisions Prevena^{MC} 3M^{MC} vise à gérer le site d'incision chirurgicale fermée et la peau intacte environnante chez les patients risquant de développer des complications postopératoires, comme une infection, par le maintien d'un environnement fermé via l'application d'un système de traitement des plaies par pression négative sur l'incision. La couche d'interface en contact avec la peau du Pansement pour incision Prevena^{MC} 3M^{MC} imprégnée d'argent réduit la colonisation microbienne dans le tissu.



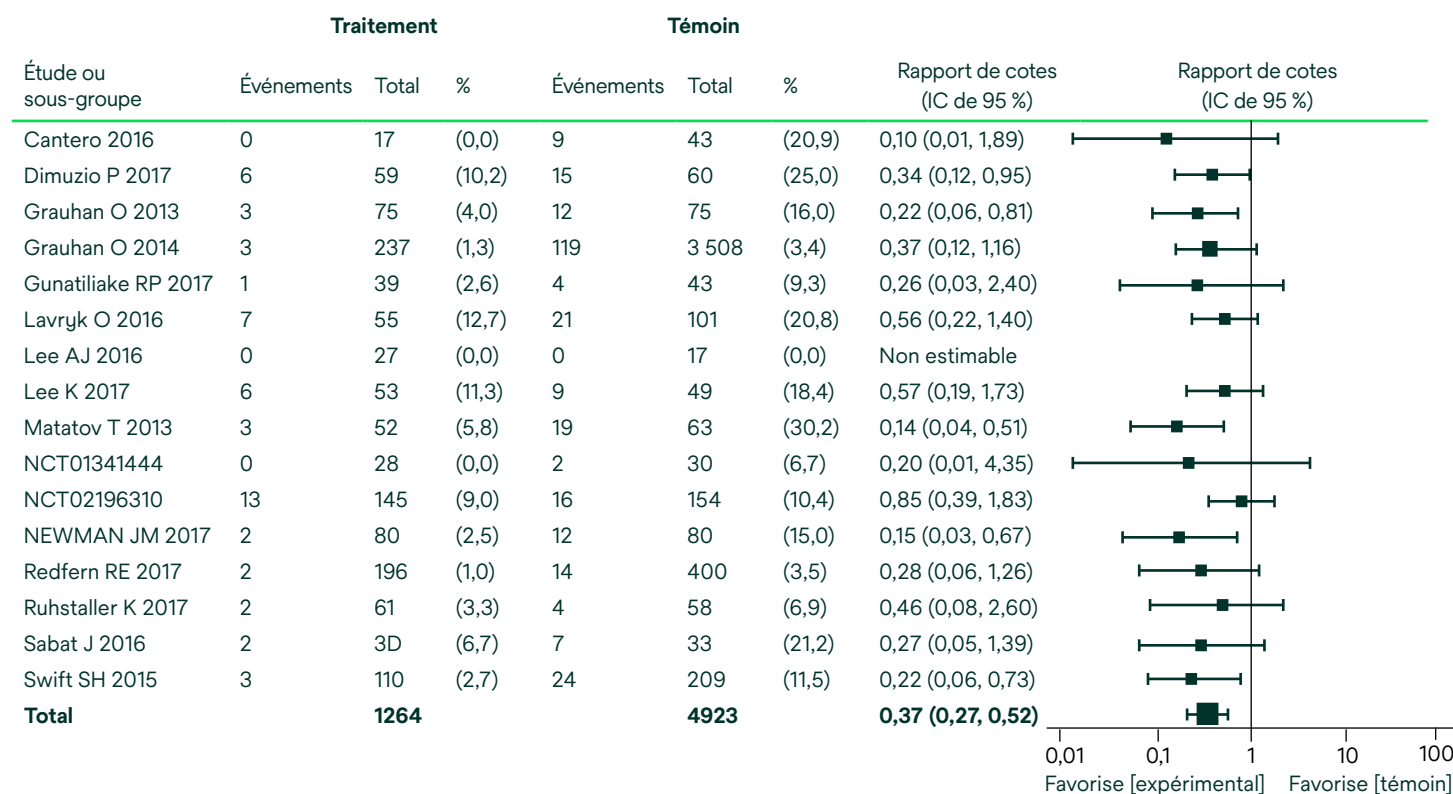
Soutenu par des preuves cliniques*

Un examen systématique de la documentation et une méta-analyse connexe ont été utilisés pour confirmer la sécurité et l'efficacité du Traitement Prevena^{MC} 3M^{MC} sur des incisions fermées pour réduire l'incidence des infections du site opératoire (ISO) et des séromes par rapport aux pansements traditionnels.

- Parmi les 426 études de la recherche initiale, seize (16) études prospectives ont finalement été intégrées dans cette méta-analyse pour la caractérisation des ISO
- Au total, jusqu'à 6 187 patients évaluable ont été impliqués dans cette méta-analyse concernant les ISO, dont 1 264 dans le groupe traité par le Traitement Prevena et 4 923 dans le groupe des pansements traditionnels (groupe témoin)
- 9 essais contrôlés randomisés ont été intégrés dans une analyse de sous-groupe concernant les ISO chez les patients à risque élevé

Le Traitement Prevena a démontré le meilleur avantage en réduction des ISO chez les patients à risque élevé.

Graphique en forêt d'une méta-analyse sur l'infection du site opératoire



* Données sur fichier.

Le Système de gestion des incisions Prevena^{MC} 3M^{MC} est spécialement conçu pour gérer et aider à protéger les incisions chirurgicales en



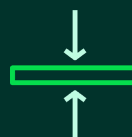
Agissant comme un obstacle à
toute contamination externe*



Fournissant une pression
continue de -125 mm de Hg
jusqu'à 7 jours*



Diminuant la tension
latérale sur les incisions
suturées/agafées13**



Aidant à maintenir les bords
de l'incision ensemble*



Éliminant les fluides
et les matières
infectieuses**



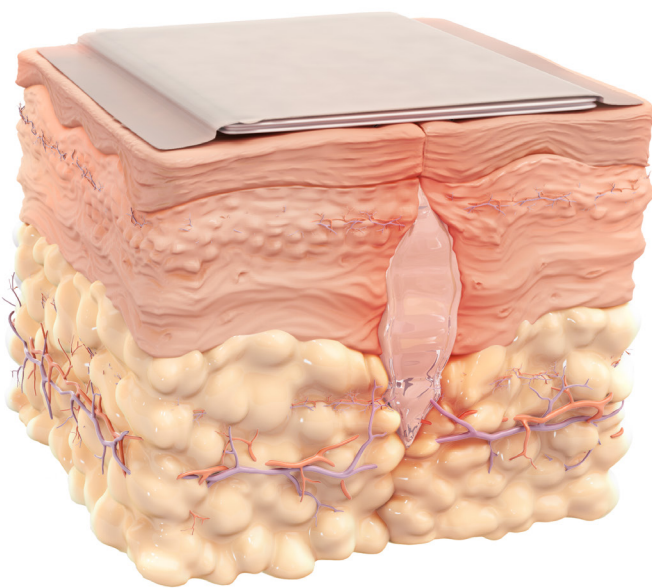
Réduisant
l'œdème*

* Données sur fichier.

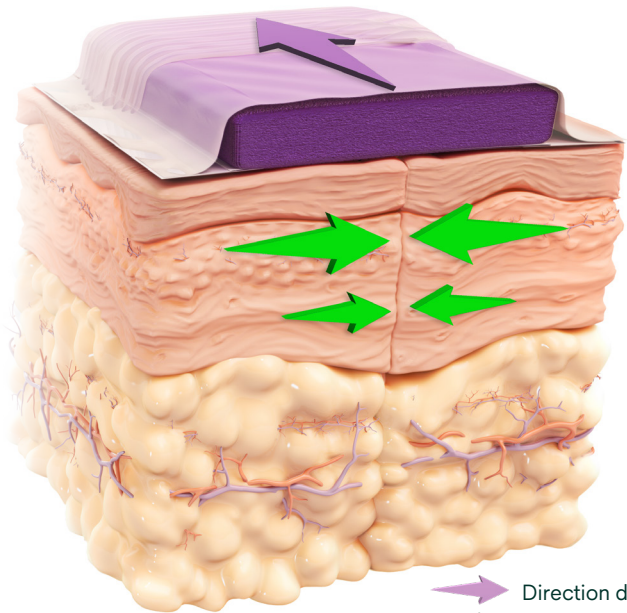
† Dans un réservoir.

** Modèles informatiques et de référence.

Le Traitement Prevena^{MC} 3M^{MC} utilise la technologie de la mousse réticulée à cellules ouvertes et une pression de -125 mm de Hg



Traitement passif



Traitement Prevena Sloventum

Sous une pression négative de -125 mm de Hg, le pansement en mousse réticulée à cellules ouvertes s'effondre en son centre géométrique. Cela réunit les bords de l'incision, réduit la tension latérale et permet une meilleure gestion des fluides⁶⁻⁸.

- Les contours du Pansement Prevena^{MC} 3M^{MC} permettent une distribution uniforme de la pression négative
- La pellicule adhésive crée un obstacle contre les contaminants externes
- Conçu pour s'adapter aux articulations et permettre le mouvement
- La couche d'interface en contact avec la peau contient 0,019 % d'argent ionique pour réduire la colonisation bactérienne dans le tissu
- Plusieurs tailles et configurations
- L'Unité de traitement Prevena et les Pansements Prevena sont adaptés à la douche*

* Consulter les Guides à l'intention des patients et des cliniciens sur le Traitement Prevena pour obtenir de plus amples renseignements.

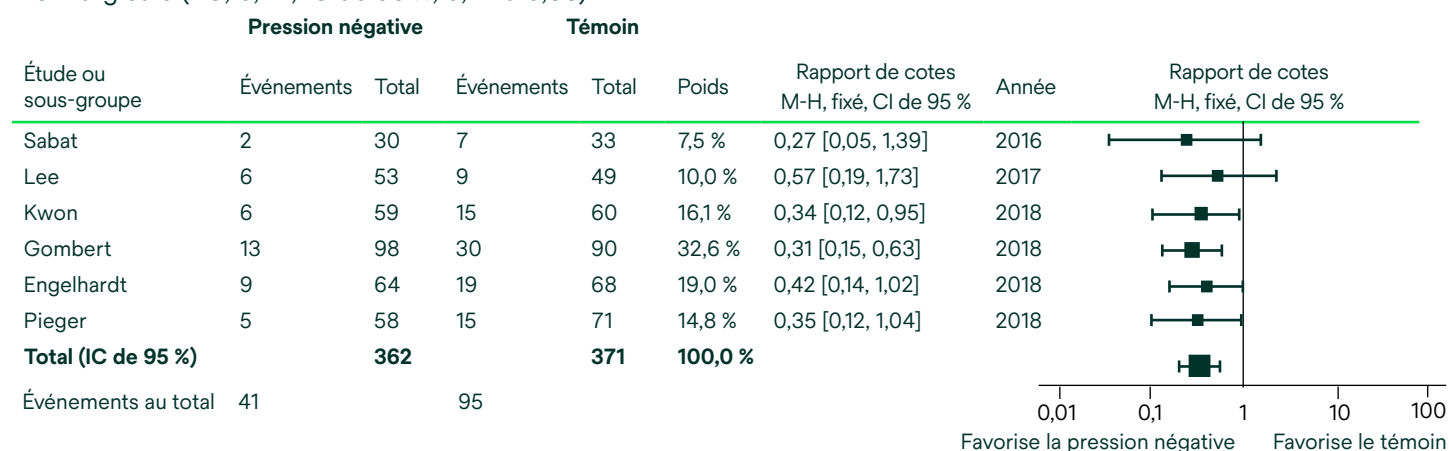
« Meta-analysis and trial sequential analysis of prophylactic negative pressure therapy for groin wounds in vascular surgery »¹⁶

Le traitement des plaies par pression négative prophylactique améliore les résultats chez les patients subissant une chirurgie artérielle par incision inguinale, par rapport aux soins des plaies chirurgicales standards, comme l'indique une réduction du risque d'infections du site opératoire.

Le traitement par pression négative devrait être considéré comme étant une mesure prophylactique chez les patients qui présentent des facteurs de risque de complications du site chirurgical, comme le diabète sucré, l'obésité ou une réintervention chirurgicale.

L'examen de six essais contrôlés randomisés qui ont tous comparé le Traitement Prevena^{MC} 3M^{MC} aux pansements conformes à la norme de soins, comportant un total de 733 plaies inguinales, a produit les résultats suivants :

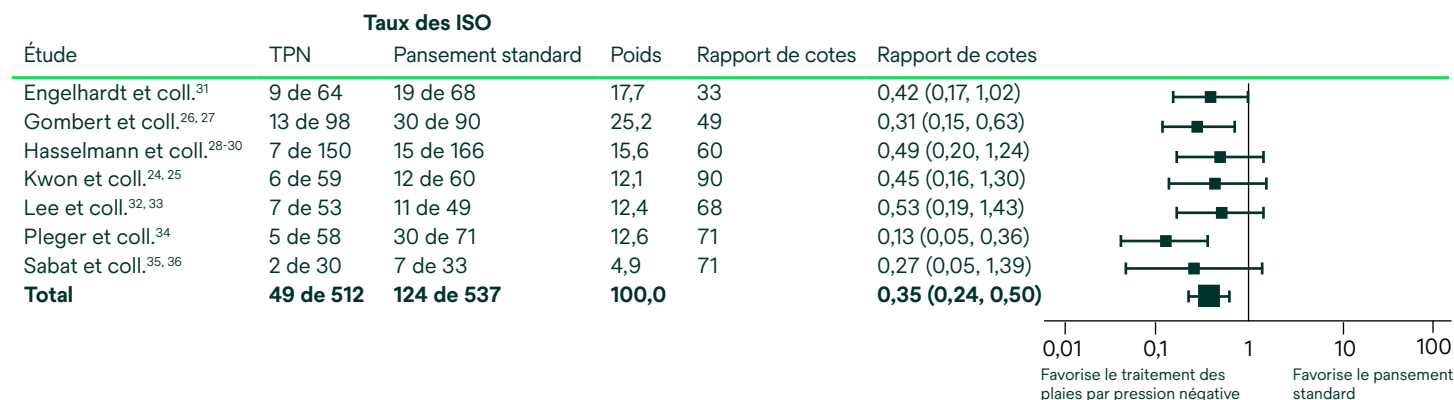
- Les patients ayant reçu le Traitement Prevena présentaient 79 % moins de risques de développer des infections du site opératoire (41 événements avec le Traitement Prevena et 95 événements avec le groupe témoin) (RC, 0,36; CI de 95 %, 0,24 à 0,54)
- Les patients ayant reçu le Traitement Prevena ont bénéficié d'une durée d'hospitalisation réduite (différence moyenne pondérée -2,14; IC de 95 %, -3,78 à 0,49)
- Les patients ayant reçu le Traitement Prevena présentaient un risque plus faible de subir une réintervention chirurgicale (RC, 0,44; IC de 95 %, 0,22 à 0,88)



« Meta-analysis of negative pressure wound therapy of closed groin incisions in arterial surgery »¹⁷

Un examen méta-analytique de 7 essais contrôlés randomisés, dont 6 ont comparé le Traitement Prevena aux pansements conformes à la norme de soins, comportant un total de 1 049 incisions, a produit les résultats suivants :

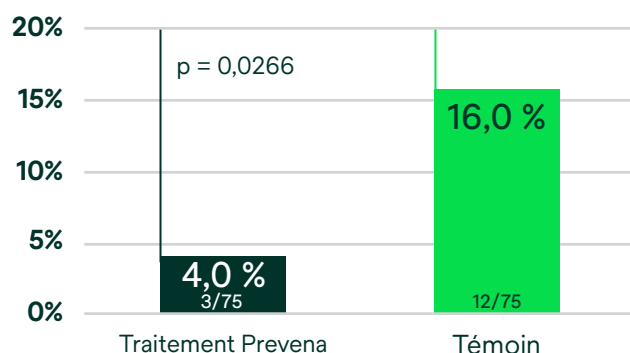
- Une incidence d'infections du site opératoire réduite de 9,6 % chez le groupe ayant reçu le traitement par pression négative sur incision fermée, par rapport à une réduction de 23,1 % chez le groupe ayant reçu le pansement conforme aux normes de soins (RC, IC de 95 %, 0,24 à 0,50)
- Dans une analyse de sous-groupe de trois des études portant uniquement sur les procédures de revascularisation des membres inférieurs, l'étude sur le traitement des plaies par pression négative sur incision fermée a révélé une réduction des ISO (RC, 0,22 à 0,63)



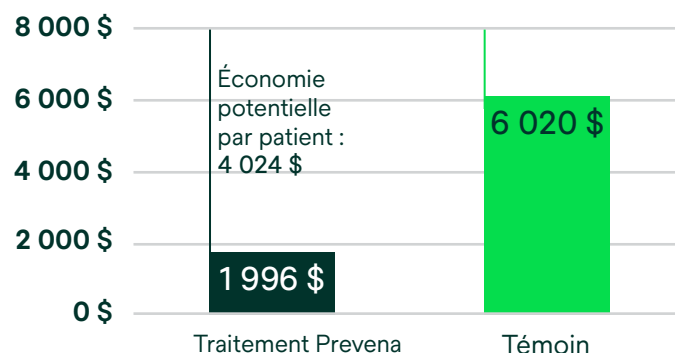
« Prevention of poststernotomy wound infections in obese patients by negative pressure wound therapy »¹⁸

- Une étude de cohorte clinique monocentrique a évalué l'utilisation du Traitement Prevena^{MC} 3M^{MC} par rapport aux pansements postopératoires standards (groupe témoin) dans la prévention des infections de plaies dans les 90 jours suivant les procédures de sternotomie médiane chez 150 patients obèses (IMC ≥ 30) consécutifs.
- Les patients traités avec le Traitement Prevena ont développé moins d'infections de plaies (3/75 [4 %] vs 12/75 [16 %], $p = 0,0266$) que les patients traités avec des pansements postopératoires standards.
- Des infections de plaies présentant une flore à Gram positif ont été constatées chez un seul patient dans le groupe du Traitement Prevena, comparativement à 10 patients dans le groupe témoin ($p = 0,0090$).
- Un modèle de coût hypothétique appliqué aux résultats cliniques de cette étude montre une économie potentielle par patient de 4 024 \$, grâce à l'utilisation du Traitement Prevena.

Taux d'infection



Coût total par patient



Le modèle économique

Modèle économique hypothétique de post-sternotomie	Traitement Prevena (n = 75)	Témoin (n = 75)
Nombre d'infections (a)	3	12
Pourcentage d'infections	4,0 %	16,0 %
Coût par infection ⁶ (b)	37 513 \$	37 513 \$
Coût d'une infection par patient (a*b)/n)	1 501 \$	6 002 \$
Coût du traitement par patient*	495 \$	18 \$
Coût total par patient	1 996 \$	6 020 \$

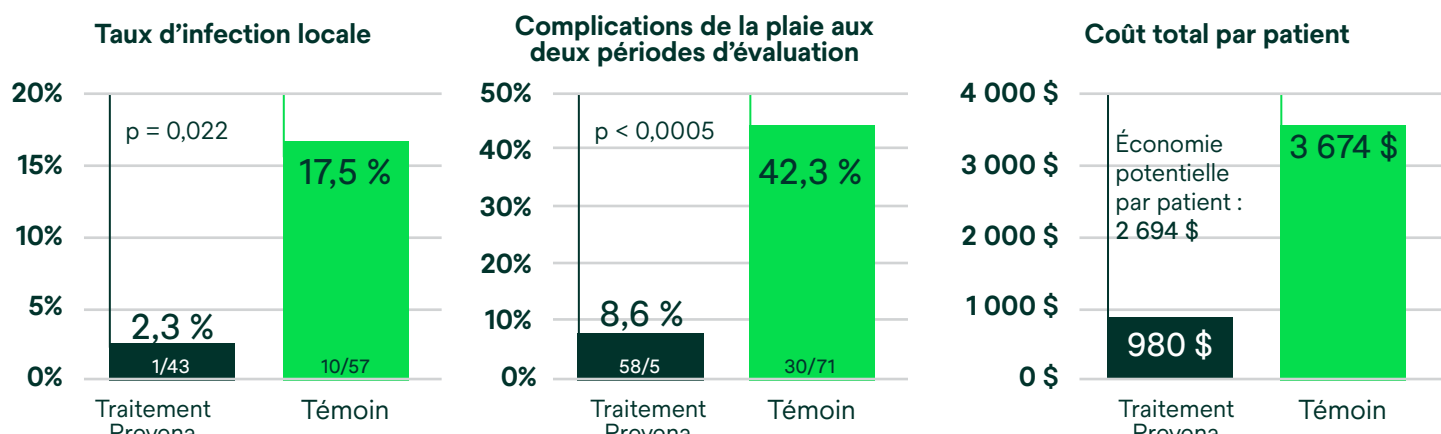
* Estimation de Solventum basée sur le prix du Système de pansement à peler et à placer Prevena^{MC} 3M^{MC} et du traitement témoin (gaze) avec un changement de pansement quotidien à 18 \$ par semaine.

Le modèle économique hypothétique utilise certaines données d'études sélectionnées afin de fournir une représentation des estimations de coûts pour l'utilisation du Traitement Prevena ou de pansements postopératoires standards (groupe témoin). Ce modèle est fourni à titre illustratif et ne constitue pas une garantie de coûts, d'économies, de résultats ou d'issues de traitement individuels réels.

Il est conseillé à l'hôpital d'utiliser ce modèle uniquement à titre illustratif pour faciliter l'évaluation globale des produits et des prix.

« Reduction of groin wound complications in vascular surgery patients using closed incision negative pressure therapy (ciNPT): a prospective, randomised, single-institution study »¹⁹

- Cette étude de cohorte randomisée monocentrique visait à évaluer l'efficacité du Traitement Prevena^{MC} 3M^{MC} par rapport à celui d'un pansement adhésif traditionnel (groupe témoin) sur des incisions inguinales suite à une chirurgie vasculaire.
- Le groupe traité au moyen du Traitement Prevena était composé de 43 patients et 58 incisions inguinales, et le groupe témoin de 57 patients et 71 incisions inguinales.
- L'évaluation de la plaie selon la classification de Szilagyi (grade I, II et III) a été réalisée en postopératoire, aux jours 5 à 7 et 30.
- Dans cette étude, les patients présentant une déhiscence de la plaie cutanée, une nécrose cutanée et des signes d'infection locale unique ont été classés comme grade I. Une déhiscence de la plaie dans la couche sous-cutanée, un hématome, une fistule lymphatique, un lymphocèle, un sérome, des signes d'infection locale unique et d'infection systémique ont été classés comme grade II. Tous les signes d'infection locale classiques (douleur, œdème, rougeurs et hyperémie, chaleur, dysfonction), les signes d'infection systémique et les infections après transplantation artérielle ont été classés comme grade III.
- Le Traitement Prevena a permis de réduire considérablement l'incidence des infections locales par rapport au pansement traditionnel (1/43 [2,3 %] vs 10/57 [17,5 %], respectivement; p = 0,022).
- Par rapport au groupe témoin, le groupe recevant le Traitement Prevena a montré une réduction considérable des complications de la plaie au terme des deux périodes d'évaluation (5/58 [8,62 %] vs 30/71 [42,3 %], p < 0,0005).
- Le Traitement Prevena a montré une réduction considérable lors des réinterventions chirurgicales (1/58 [1,7 %] vs 10/71 [14,1 %], respectivement; p = 0,022) jusqu'à 30 jours après l'intervention par rapport au groupe témoin.
- Un modèle de coût hypothétique appliqué aux résultats cliniques de cette étude montre une économie potentielle par patient de 2 694 \$, grâce à l'utilisation du Traitement Prevena.



Modèle économique hypothétique de la région inguinale vasculaire	Traitement Prevena	Témoin
Nombre de patients (n)	43	57
Nombre d'infections locales (a)	1	10
Pourcentage d'infections locales	2,3 %	17,5 %
Coût par infection locale [†] (b)	20 842 \$	20 842 \$
Coût d'une infection locale par patient (a*b)/n	485 \$	3 656 \$
Coût du traitement par patient [†]	495 \$	18 \$
Coût total par patient	980 \$	3 674 \$

[†] Estimation de Solventum basée sur le prix du Système de pansement à peler et à placer Prevena^{MC} 3M^{MC} et du traitement témoin (gaze) avec changement de pansement quotidien, à 18 \$ par semaine.

Le modèle économique hypothétique utilise certaines données d'étude afin de fournir à titre illustratif des estimations de coûts pour l'utilisation du Traitement Prevena ou des pansements postopératoires standards (groupe témoin). Ce modèle est fourni à titre illustratif et ne constitue pas une garantie de coûts, d'économies, de résultats ou d'issues de traitement individuels réels.

Il est conseillé à l'hôpital d'utiliser ce modèle uniquement à titre illustratif pour faciliter l'évaluation globale des produits et des prix.

Les facteurs de risque liés aux complications du site opératoire dépendent de nombreux facteurs, y compris les facteurs liés au patient et à l'intervention chirurgicale.

Tableau 1. Facteurs de risque généraux associés aux infections du site opératoire²⁰⁻²⁵

Catégorie	Facteurs de risque liés au patient	Facteurs de risque liés à l'intervention
Facteurs de risque majeurs	• IMC ≥ 40 kg/m² ou ≤ 18 kg/m² • Diabète de type 1 non contrôlé • Dialyse	• Durée prolongée de chirurgie* • Chirurgie d'urgence • Hypothermie
Facteurs de risque modérés	• État de santé ASA > II • IMC de 30 à 39,9 kg/m² • Diabète sucré • Maladie pulmonaire obstructive chronique $\geq$ GOLD Classe 2 • Insuffisance rénale/maladie rénale chronique • Immunosuppression • Stéroïdes pour les maladies chroniques • Chimiothérapie • Infection antérieure dans un endroit du corps situé à distance du site opératoire • Sérum-albumine < 2,5 g/dl • Tabagisme (en cours)	• Anémie/transfusion sanguine • Tension élevée de la plaie après fermeture • Double traitement antiplaquettaire • Moment inopportun ou défaut d'administrer des antibiotiques prophylactiques • Traumatisme tissulaire/grande surface de dissection ou de décollement
Facteurs de risque mineurs	• IMC de 25 à 29,9 kg/m² • Durée de séjour préopératoire prolongée à l'hôpital ou dans un foyer de soins • Maladie vasculaire périphérique • Insuffisance cardiaque congestive avec fraction d'éjection du ventricule gauche < 30 %	• Échec de l'élimination des espaces morts • Emplacement de l'incision • Intervention antérieure • Drains chirurgicaux

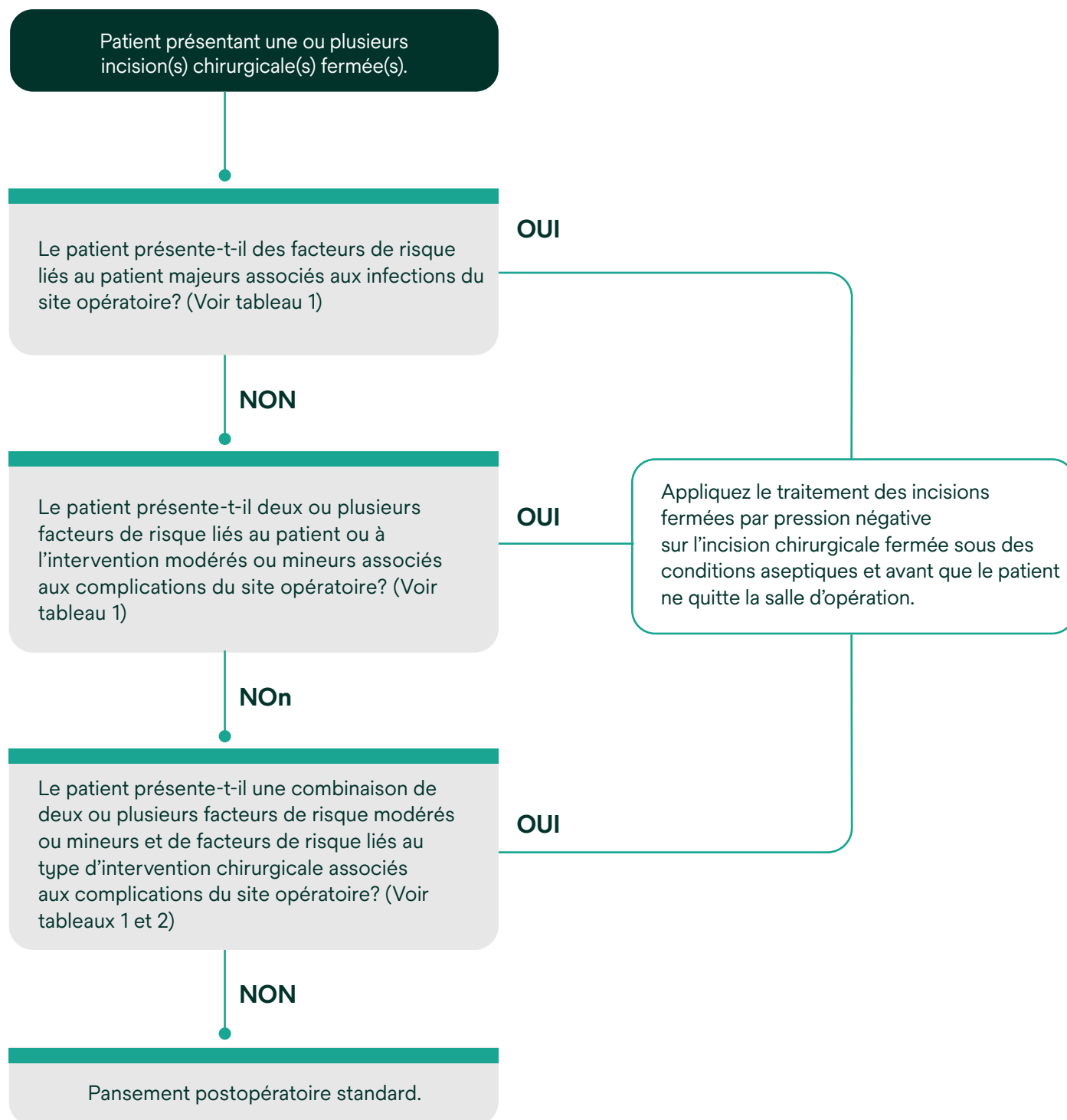
* Définie comme > T (heures) en fonction du type d'intervention chirurgicale, et correspondant au 75^e centile de la durée d'une intervention particulière, par exemple un pontage aorto-coronarien possède un T de 5 heures et une césarienne un T de 1 heure²⁶

Tableau 2. Exemple de facteurs de risque supplémentaires associés aux complications du site opératoire selon le type de chirurgie

Type de chirurgie	Facteurs de risque supplémentaires
Cardiothoracique	• Prélèvement bilatéral de l'artère thoracique interne • Radiothérapie de la paroi thoracique • Dispositif d'assistance du ventricule gauche • Greffe • Durée prolongée du pontage cardiopulmonaire • Fermeture retardée
Vasculaire	• Incision inguinale
Abdominale	• Perforation viscérale • Formation/fermeture de l'ostomie • Radiothérapie antérieure au site opératoire • Incisions multiples
Mammaire/plastique	• Coronaropathie • Risque de saignement • Indice de l'évaluation des risques de reconstruction mammaire (BRA)*
Obstétrique	• Multiples césariennes (> 3) • Anticoagulants • Perte sanguine chirurgicale > 1,5 l • Prééclampsie • Chorioamnionite
Orthopédique	• Implant/prothèse • Polyarthrite rhumatoïde • Colonisation des voies nasales par Staphylococcus aureus

* L'indice BRA calcule le risque (en %) d'une gamme de complications, p. ex., les infections du site opératoire, les séromes, la déhiscence, la perte de lambeaux, les explantations et les réinterventions chirurgicales, en fonction de facteurs tels que le mode de reconstruction, l'indice de masse corporelle, l'âge, la classe de l'état de santé ASA, un trouble hémostatique, des antécédents d'intervention chirurgicale cardiaque percutanée ou de chirurgie cardiaque (www.brascore.org).

Les groupes de concertation des World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) ont proposé la recommandation clinique suivante pour l'administration du traitement par pression négative sur incision fermée.



* D'après : 27 à 29.

Plus de 70 publications de revues abordant l'utilisation des produits de KCI 3M dans le traitement par pression négative sur incision fermée. Les publications suivantes sont propres à la chirurgie cardiothoracique et vasculaire.

Citation	Type de plaie/ d'intervention chirurgicale	Niveau de preuve clinique*
Engelhardt, M., Rashad, N.A., Willy, C., Müller, C., Bauer, C., Debus, S., Beck, T. « Closed-incision negative pressure therapy to reduce groin wound infections in vascular surgery: a randomised controlled trial », Int. Wound J., 2018, doi : 10.1111/iwj.12848.	Plaies inguinales	1b ●
Gombert, A., Babilon, M., Barbati, M. E., Keskei, A., et coll. « Closed incision negative pressure therapy reduces surgical site infections in vascular surgery: a prospective randomised trial (AIMS Trial) », Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg., 2018, doi : 10.1016/j.ejvs.2018.05.018.	Plaies inguinales	1b ●
Kwon, J., Staley, C., McCullough, M., Goss, S., et coll. « A randomized clinical trial evaluating negative pressure therapy to decrease vascular groin incision complications », J. Vasc. Surg., 2018, pp. 1 à 9.	Plaies inguinales	1b ●
Lee, A. J., Sheppard, C. E., Kent, W. D., Mewhort, H., Sikdar, K. C., Fedak, P. W. « Safety and efficacy of prophylactic negative pressure wound therapy following open saphenous vein harvest in cardiac surgery: a feasibility study », Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg., vol. 24, n° 3, 2017, pp. 324 à 328.	Prélèvement de la veine saphène ouverte en chirurgie cardiaque	1b ●
Lee, K., Murphy, P. B., Ingves, M. V., Duncan, A., DeRose, G., Dubois, L., Forbes, T. L., Power, A. « Randomized clinical trial of negative pressure wound therapy for high-risk groin wounds in lower extremity revascularization », J. Vasc. Surg., vol. 66, n° 6, 2017, pp. 1814 à 19.	Plaies inguinales	1b ●
Pleger, S. P., Nink, N., Elzien, M., Kunold, A., Koshty, A., Böning, A. « Reduction of groin wound complications in vascular surgery patients using closed incision negative pressure therapy (ciNPT): a prospective, randomised, single-institution study », Int. Wound J., vol. 15, n° 1, 2018, pp. 75 à 83, doi : 10.1111/iwj.12836.	Incisions inguinales	1b ●
Colli, A. « First Experience With a New Negative Pressure Incision Management System on Surgical Incisions After Cardiac Surgery in High Risk Patients », J. Cardiothoracic Surg., vol. 6, n° 1, 2011, pp. 160.	Sternotomie	2 ●
Weir, G. « The use of a surgical incision management system on vascular surgery incisions: a pilot study », Int. Wound J., vol. 11, suppl. 1, 2014, pp. 10 à 12.	Pontage vasculaire	2 ●
Grauhan, O., et coll. « Effect of surgical incision management on wound infections in a poststernotomy patient population », Int. Wound J., vol. 11, suppl. 1, 2014, pp. 6 à 9.	Sternotomie	2b ●
Grauhan, O., et coll. « Prevention of poststernotomy wound infections in obese patients by negative pressure wound therapy », J. Thorac. Cardiovasc. Surg., vol. 145, n° 5, 2013, pp. 1387 à 1392.	Sternotomie	2b ●
Matatov, T., et coll. « Experience with a new negative pressure incision management system in prevention of groin wound infection in vascular surgery patients », J. Vasc. Surg., vol. 57, n° 3, 2013, pp. 791 à 795.	Pontage vasculaire	3 ●
Santarpino, G., Gazdag, L., Sirch, J., Vogt, F., Ledwon, M., Fischlein, T., Pfeiffer, S. « A Retrospective Study to Evaluate Use of Negative Pressure Wound Therapy in Patients Undergoing Bilateral Internal Thoracic Artery Grafting », Ostomy Wound Manage., vol. 61, n° 12, 2015 ec., pp. 26 à 30.	Grefte artérielle thoracique	3 ●
Simon, K., et coll. [« Use of Negative Pressure Wound Therapy on Surgical Incisions (Prevena™) after Surgery of Pectus Deformities Reduces Wound Complications »], Zentralblatt für Chirurgie, 2014. [Langue allemande]	Sternotomie	3 ●
Atkins, B. Z., Tetterton, J. K., Petersen, R.P., et coll. « Does Negative Pressure Wound Therapy Have a Role in Preventing Poststernotomy Wound Complications? », Surg. Innov., vol. 16, n° 2, 2009, pp. 140 à 146.	Sternotomie	4 ●
Atkins, B. Z., et coll. « Laser Doppler flowmetry assessment of peristernal perfusion after cardiac surgery: beneficial effect of negative pressure therapy », Int. Wound J., vol. 8, n° 1, 2011, pp. 56 à 62.	Sternotomie	4 ●
Reddy, V. S. « Use of Closed Incision Management with Negative Pressure Therapy for Complex Cardiac Patients », Cureus, vol. 8, n° 2, 2016, p. e506.	Sternotomie	4 ●
Simon, K., et coll. [« Use of Negative Pressure Wound Therapy on Surgical Incisions (Prevena™) after Surgery of Pectus Deformities Reduces Wound Complications »], Zentralblatt für Chirurgie., 2014. [Langue allemande]	Sternotomie	3 ●
Chopra, K., Tadisina, K. K., Singh, D. P. « The 'French Fry' VAC Technique: Hybridization of Traditional Open Wound NPWT with Closed Incision NPWT », Int. Wound J., vol. 13, n° 2, 2016, pp. 216 à 219.	Lymphœdème massif localisé	5 ●
Dohmen, P. M., et coll. « Can post-sternotomy mediastinitis be prevented by a closed incision management system? », GMS Hyg. Infect. Control., vol. 9, n° 3, 2014, doc. 19.	Sternotomie	5 ●
Dohmen, P. M., et coll. « Use of incisional negative pressure wound therapy on closed median sternal incisions after cardiothoracic surgery: clinical evidence and consensus recommendations », Med. Sci. Monit., vol. 20, 2014, pp. 1814 à 1825.	Sternotomie	5 ●
Haghsheenasakshani, A., Varcoe, R. L. « A New Negative Pressure Dressing (Prevena) to Prevent Wound Complications Following Lower Limb Distal Arterial Bypass », Br. J. Diabetes Vasc. Dis., vol. 11, n° 1, 2011, pp. 21 à 24.	Pontage vasculaire	5 ●
Wu, R. T., Sumpio, B. J., Miller, S., Sumpio, B. E. « Use of closed-incision negative pressure therapy: cardiothoracic and vascular surgery », Plast. Reconstr. Surg., vol. 143, 2019, p. 31S.	Sternotomie	5 ●

* Niveau d'indice des preuves cliniques : Niveau 1 : Données obtenues à partir d'au moins un essai contrôlé à répartition aléatoire bien conçu. Niveau 1b : Évaluations systématiques (avec homogénéité) des essais contrôlés à répartition aléatoire. Niveau 2 : Données obtenues à partir d'essais contrôlés bien conçus sans répartition aléatoire. Niveau 2b : Étude de cohorte individuelle ou essais comparatifs à répartition aléatoire de faible qualité (par ex., < 80 % de suivi). Niveau 3 : Données obtenues à partir d'études de cohortes ou d'analytiques de cas-témoins bien conçues, provenant de préférence de plus d'un centre ou groupe de recherche. Niveau 4 : Série de cas (et études de cohortes et de cas-témoins de mauvaise qualité). Niveau 5 : Avis d'expert sans évaluation critique explicite ou fondée sur la physiologie, recherche en laboratoire ou « principes de base ».

Renseignements pour commander

Numéro d'article	Description	Unité de mesure
PRE1101	Trousse de système à peler et à placer Prevena ^{MC} 3M ^{MC} , 13 cm	Ch.
PRE1155	Pansement à peler et à placer Prevena ^{MC} 3M ^{MC} , 13 cm	Caisse de 5
PRE1001	Trousse de système à peler et à placer Prevena ^{MC} 3M ^{MC} , 20 cm	Ch.
PRE1055	Pansement à peler et à placer Prevena ^{MC} 3M ^{MC} , 20 cm	Caisse de 5
PRE3201	Trousse de système à peler et à placer Prevena ^{MC} 3M ^{MC} , 35 cm	Ch.
PRE3255	Pansement à peler et à placer Prevena ^{MC} 3M ^{MC} , 35 cm	Caisse de 5
PRE4001CA	Trousse de système personnalisable Prevena ^{MC} 3M ^{MC}	Ch.
PRE4055	Pansement personnalisable Prevena Plus ^{MC} 3M ^{MC}	Caisse de 5
PRE1121	Système de gestion des incisions Prevena ^{MC} Duo avec Pansement à peler et à placer Prevena ^{MC} 3M ^{MC} , 13 cm/13 cm	Ch.
PRE1095	Réservoir Prevena ^{MC} 3M ^{MC} , 45 ml	Caisse de 5
PRE4095	Réservoir Prevena Plus ^{MC} 3M ^{MC} , 150 ml	Caisse de 5
PRE9090	Connecteur de Traitement V.A.C.® Prevena ^{MC} 3M ^{MC}	Caisse de 10
PRE4010	Unité de traitement 125 Prevena Plus ^{MC} 3M ^{MC} , 14 jours	Ch.

Bibliographie :

1. Institut canadien pour la sécurité des patients. (2016). Le mois des Résultats de la Vérification nationale sur la prévention des infections du site opératoire, https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/SSI-Audit-2016/Documents/SSI%20Audit%202016_Recap%20Report%20EN.pdf
2. Magill, S. S., Edwards, J. R., Bamberg, W., et coll. « Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections », *N. Engl. J. Med.*, vol. 370, no 13, 2014, pp. 1198 à 1208.
3. Zhan, C., Miller, M. R. « Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization », *J. A. M. A.*, vol. 290, 2003, pp. 1868 à 1874.
4. Urban, J. A. « Cost analysis of surgical site infections », *Surg. Infect.*, vol. 1, no 7, suppl. 1, 2006, pp. S19 à S22.
5. Fowler, V. G. Jr., O'Brien, S. M., Muhlbaier, L. H., et coll. « Clinical predictors of major infections after cardiac surgery », *Circulation*, vol. 112, suppl. 9, 2005, pp. 1358 à 1365.
6. de Lissovoy, G., Fraeman, K., Hutchins, V., et coll. « Surgical site infection: Incidence and impact on hospital utilization and treatment costs », *Am. J. Infect. Control.*, vol. 37, no 5, 2009, pp. 387 à 397.
7. Giles, K. A., Hamdan, A. D., Pomposelli, F. B., Wyers, M. C., Siracuse, J. J., Schermerhorn, M. L. « Body mass index: surgical site infections and mortality after lower extremity bypass from the national surgical quality improvement program 2005-2007 », *Ann. Vasc. Surg.*, vol. 24, 2007, pp. 48 à 56.
8. Davenport, D. L., Zwischenberger, B. A., Xenos, E. S. « Analysis of 30-day readmission after aortoiliac and infrainguinal revascularization using the American College of Surgeons national surgical quality improvement program data set », *J. Vasc. Surg.*, vol. 60, 2011, pp. 1266 à 1274.
9. Kuy, S., Dua, A., Desai, S., Dua, A., Patel, B., Tondravi, N., et coll. « Surgical site infections after lower extremity revascularization procedures involving groin incisions », *Ann. Vasc. Surg.*, vol. 28, 2014, pp. 53 à 58.
10. Ozaki, C. K., Hamdan, A. D., Barshes, N. R., Wyers, M., Hevelone, N. D., Belkin, M., et coll. « Prospective, randomized, multi-institutional clinical trial of a silver alginate dressing to reduce lower extremity vascular surgery wound complications », *J. Vasc. Surg.*, vol. 61, 2015, pp. 419 à 427.e1.
11. Wiseman, J. T., Fernandes-Taylor, S., Barnes, M. L., Saunders, R. S., Saha, S., Havlena, J., et coll. « Predictors of surgical site infection after hospital discharge in patients undergoing major vascular surgery », *J. Vasc. Surg.*, vol. 62, 2012, pp. 1023 à 1031.e5.
12. Nguyen, L., Leya, G. A., Hevelone, N. D., et coll. « Prospective cost analysis and implications of wound complications in lower extremity vascular surgery procedures », *J. Vasc. Surg.*, vol. 60, no 3, 2014, p. 813.
13. Wilkes, R. P., Kilpadi, D. V., Zhao, Y., et coll. « Closed incision management with negative pressure wound therapy (CIM): Biomechanics », *Surg. Innov.*, vol. 19, no 1, 2012, pp. 67 à 75.
14. Kilpadi, D. V., Cunningham, M. R. « Evaluation of Closed Incision Management with Negative Pressure Wound Therapy (CIM): Hematoma/Seroma and Involvement of the Lymphatic System », *Wound Repair Regen.*, vol. 19, 2011, pp. 588 à 596.
15. Glaser, D. A., Farnsworth, C. L., Varley, E. S., et coll. « Negative pressure therapy for closed spine incisions: A pilot study », *Wounds*, vol. 24, no 11, 2012, pp. 308 à 316.
16. Antoniou, G. A., Onwuka, C. C., Antoniou, S. A., Russell, D. « Meta-analysis and trial sequential analysis of prophylactic negative pressure therapy for groin wounds in vascular surgery », *J. Vasc. Surg.*, 2019, doi : 10.016/jvs.2019.01.083.
17. Svensson-Björk, R., Zarrouk, M., Ascitto, G., Hasselmann, J., Acosta, S. « Meta-analysis of negative pressure wound therapy of closed groin incisions in arterial surgery », *B. J. S.*, 2018, doi : 10.1002/bjs.11100.
18. Grauhan, O., Navasardyan, A., Hofmann, M., et coll. « Prevention of poststernotomy wound infections in obese patients by negative pressure wound therapy », *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, vol. 145, 2013, pp. 1387 à 1392.
19. Pleger, S. P., Nink, N., Elzien, M., Kunold, A., Koshty, A., Boning, A. « Reduction of groin wound complications in vascular surgery patients using closed incision negative pressure therapy (ciNPT): a prospective, randomised, single-institution study », *Int. Wound J.*, vol. 15, no 1, 2018, pp. 75 à 83.
20. Reddy, H. V., Ujwala, J., Swetha, M., Ramya, S. B. « Seroma: an interesting case report », *Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol.*, vol. 3, no 1, 2014, pp. 254 à 257.
21. Carlson, M. A. « Acute wound failure », *Surg. Clin. Nor. Am.*, vol. 77, no 3, 1997, pp. 607 à 636.
22. Son, D., Harijan, A. « Overview of surgical scar prevention and management », *J. Korean Med. Sci.*, vol. 29, 2014, pp. 751 à 757.
23. Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., et coll. « Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999 », *Inf. Control Hosp. Epidemiol.*, vol. 20, no 4, 1999, pp. 247 à 278.
24. Culver, D. H., Horan, T. C., Gaynes, R. P., et coll. « Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index », *Am. J. Med.*, vol. 91, suppl. 3B, 1991, pp. 152 à 157.
25. Jones, M. E., Hardy, C. J., Ridgway, J. M. « Head and neck keloid management: a retrospective early review on a new approach using surgical excision, platelet rich plasma and in-office superficial photon X-ray radiation », *Edorium J. Otolaryngol.*, vol. 2, 2015, pp. 14 à 19.
26. Public Health England « Surveillance of surgical site infections in NHS hospitals in England, 2014-15 », décembre 2015, disponible sur : www.gov.uk/phe.
27. Willy, C., Agarwal, A., Andersen, C. A., et coll. « Closed incision negative pressure therapy: international multidisciplinary consensus recommendations », *Int. Wound J.*, vol. 14, 2017, pp. 385 à 398, doi : 10.1111/iwj.12612.
28. Stannard, J., Atkins, B., O'Malley, D., et coll. « Use of negative pressure therapy on closed surgical incisions: a case series », *Ostomy Wound Manage.*, vol. 55, 2009, pp. 58 à 66.
29. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. « Closed surgical incision management: understanding the role of NPWT », *Wounds International*, 2016.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le
Traitement Prevena^{MC} 3M^{MC}, veuillez communiquer avec
le représentant de votre région ou consulter le site Web
Prevena.ca



Disponible au Canada chez :

KCI Medical Canada Inc.
75 Courtneypark Dr W, Unit #4
Mississauga, ON L5W 0E3
Canada

Phone 1-800-668-5403
Web solventum.com/fr-ca

Remarque : Il existe des indications, des restrictions d'utilisation, des contre-indications, des mises en garde, des précautions et des renseignements de sécurité propres à ces produits et traitements. Veuillez consulter un clinicien et les directives d'utilisation du produit avant l'utilisation. Ces renseignements

© Solventum 2025. Solventum et le logo S sont des marques déposées de Solventum ou de ses filiales. 3M, le logo 3M et les autres marques déposées ou sous licence de 3M sont des marques déposées de 3M. Les autres marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs.

2203-23506 F